



Número: **0010716-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59836 270	26/03/2020 11:30	2706813_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00107165420208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

ARUANA SEGUROS S/A, empresa seguradora com sede à Rua Visconde de Piraja, 547 - Sala 802 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22410-003, inscrita no CNPJ sob o número 1228841228 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 **JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO**, 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 **09/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 28/08/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



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.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

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, CPC¹.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

¹“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)



Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frise-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

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 citação⁴.

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 ação⁵

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.

² 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 HOUVE 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.

³ **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.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da 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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 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;
- 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, 18 de março 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/03/2020 11:30:55
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032611305535900000058831012>
Número do documento: 20032611305535900000058831012

Num. 59836270 - Pág. 6

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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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 **ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO**, em curso perante a **10ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00107165420208172001.

Rio de Janeiro, 18 de março 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: **0010716-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2020**

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

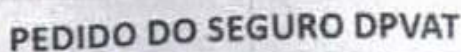
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59836 271	26/03/2020 11:30	ANEXO 1	Outros (Documento)



1 - Avaliação e(s) tipo(s) de cobertura:		☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		☒ INVALIDEZ PERMANENTE		☐ MORTE	
2 - Tipo de sinistro da ASL:		3 - CPF do(s) vítima(s): 867.079.904-97		4 - Nome completo da vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZIANO			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012							
5 - Nome completo:		JOCEMAR DE JESUS FELIZIANO		6 - CPF:		867.079.904-97	
7 - Inscrição:		8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:	
RUA		RUA 55		22		107622	
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:		14 - CEP:	
MIMVARE II		PAULISTA		PE		53425-265	
15 - P. Mãe:				16 - Telefone:		(81) 99304-6299	
RUA							
OKADA DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 2 A 13 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR							

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - Profissão do Representante Legal: _____

19 - CNJ do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAL ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (disponível para os bancos abaixo. Assinale com x) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Santander (033)

AGÊNCIA: 1603 ☐ CONTA: 01-006935 ☒

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Observar: a indenização é formada, de multa titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e o valor de indenização por danos materiais.

II - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IMIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Resumo, sob as penas da lei, que estou impeditado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há fato que atenda a região do acidente ou da minha residência ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Assim sendo, solicito o processamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando ainda a lei em me submeter à avaliação médica atestada pelas Seguradoras Lítel para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.224/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação para cobertura de acidente.

Assinatura para COBERTURA DE ACIDENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

22 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

26 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

28 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou residuário balanceado? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima possui patrimônio? ☐ Sim ☐ Não

34 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

35 - Vítima possui patrimônio? ☐ Sim ☐ Não

36 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

37 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

38 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

39 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

40 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

41 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

42 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

43 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

44 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

45 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

46 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

47 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

48 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

49 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

50 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

51 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

52 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

53 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

54 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

55 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

56 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

57 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

58 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

59 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

60 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

61 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

62 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

63 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

64 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

65 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

66 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

67 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

68 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

69 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

70 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

71 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

72 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

73 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

74 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

75 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

76 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

77 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

78 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

79 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

80 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

81 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

82 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

83 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

84 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

85 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

86 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

87 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

88 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

89 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

90 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

91 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

92 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

93 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

94 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

95 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

96 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

97 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

98 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

99 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

100 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

24 - Nome legível de quem assina a requisição pedida

25 - CPF legível de quem assina a requisição pedida

26 - (*) Assinatura de quem assina a requisição pedida

27 - Local e Data: Clavina (PE), 18/10/2019

28 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração): JOÃO MARCOS JOSÉ FELIX

29 - Assinatura do produtor (se for o caso):

30 - Nome: _____

31 - CPF: _____

32 - Assinatura do testemunha: _____

33 - Nome: _____

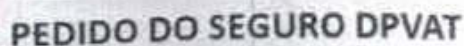
34 - CPF: _____

35 - Assinatura do testemunha: _____

38 - 1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura do testemunha





a) Rechnung 50 Arbeitsstunden (Legal fee hours)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438/2002
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSÉ ESPIRIDIAO FELIZARDO
MCID044P03

CPF 095 287 094-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CINQUENTA E UM 22 LOTE 22

MARANGUAPE II/MARANGUAPE
PAULISTA PE
53421-281

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
074665791	UNICA	22/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/08/2019	2000453258	2401331

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0855747014	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
11/09/2019	20/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
124,64	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	137,9000000	0,77545172	108,93
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,87
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,28
ICMS Subvenção CDE-NF 087646938-28/08/19			1,12

TOTAL DA FATURA

124,64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3180588271	CAT	22/07/2019	1 827,00	21/08/2019	1 967,00	30	1,00000		140,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh
AGO 19 138
JUL 19 157
JUN 19 155
MAI 19 184
ABR 19 163

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	113,24	25,00	28,31
PIS	113,24	0,74	0,83
COFINS	113,24	3,42	3,87

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 39,27	34,68%
Transmissão	R\$ 3,84	3,48%
Distribuição (Celpe)	R\$ 23,88	21,09%
Perdas de Energia	R\$ 7,53	6,65%
Encargos Setoriais	R\$ 5,81	4,95%
Tributos	R\$ 33,01	29,15%
Total	R\$ 113,24	100%

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 24/04/2002

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0605943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE ESPIRIDIAO FELIZARDO
MCID044P03

CPF 095 287.094-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CINQUENTA E UM 22 LOTE 22

MARANGUAPE II/MARANGUAPE
PAULISTA PE
53421-261

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
074655791	UNICA	22/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/08/2019	2000453256	2401331

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0855747014	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÍVEL PROXIMA LEITURA
11/09/2019	20/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	124,64

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	137,9000000	0,77545172	106,93
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,87
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 087646939-26/08/19			1,12
TOTAL DA FATURA			124,64

TOTAL DA FATURA

124,64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3180588271	CAT	22/07/2019	1.827,00	21/08/2019	1.967,00	30	1,00000		140,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh
AGO 19 138
Jul 19 167
JUN 19 169
Mai 19 194
ABR 19 163

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	113,24	25,00	28,31
PIS	113,24	0,74	0,83
COFINS	113,24	3,42	3,87

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	R\$ 39,27	34,58%
Transmissão	R\$ 3,94	3,48%
Distribuição (Celpe)	R\$ 23,68	21,09%
Perdas de Energia	R\$ 7,53	6,55%
Encargos Setoriais	R\$ 5,81	4,95%
Tributos	R\$ 33,01	28,15%
Total	R\$ 113,24	100%

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA PAULISTA - PAULISTA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1167386

Data e Hora: 09/08/2019 12:58

Senha de Classificação:

0101

Paciente: 153429 JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/09/1976 Idade: 42 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: TEREZA DE JESUS FELIZARDO

Nome do Pai: JOSE ESPIRIDIAO FELIZARDO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: CINQUENTA E UM

22

Bairro: MARANGUAPE II

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53421251

Usuário Atendimento: FERNANDA F

RG (Identidade): 4490300

505

Data de Emissão: 02/10/2002

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 065099087

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

Peso: _____ Temperatura: _____ Alergia: () Não () Sim

Hora: 13:03

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Calor no abdômen e no corpo há 30 min. TCE sem vômito ou diarreia.

História

HIS p. DUB

Exame Físico:

Abdômen doloroso em região umbilical
Abdômen com ruído normal

Hipótese Diagnóstica:

TCE leve

Exames Complementares:

Rx crânio/pe.

Carimbo/Médico

Prescrição / Conduta:

A. S. 100mg

A. 100mg

Solicito transferência p/ CEMR 43 534 5268

Destino: () Alta com melhores - Residência () Atestado

Hora: _____

() Com prescrição () Encaminhado ao ambulatório de

Transferido Para: _____

Senha: _____

Carimbo / Médico



() vire



UPA 24 HORAS - PAULISTA

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/08/2019 12:41

Nome Paciente: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
Cód. Paciente: 153429
Data de Nascimento: 03/09/1976
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: 0101
Convênio: -
Atendimento: SAME:

Período: 09/08/2019 12:42 - 09/08/2019 12:43

ALEXSANDRO MARTINIANO DA SILVA - COREN: 525439 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VIMIMA DE ACIDENTE DE CARRO, COM MULTIPLAS LESOES E ESCORIAÇOES PELO CORPO. RELATO DE TCE SEM HISTORIA DE VOMITO OU SICOPE

Observação: HAS -
DM -
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: DOR DE OUVIDO/GARGANTA

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

Especialidade: CLÍNICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 114.00 BPM
- P.A. SISTÓLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTÓLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO: 96.00 %

Acolhido(a) por: ALEXSANDRO MARTINIANO DA SILVA - COREN: 525439 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/08/2019 12:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



EVOLUÇÃO CLÍNICA (intercorrências, resultado de exames, etc.)

Rx: Letícia de Maciel
 20.11.19 - AMF: 5745268
 21.11.19 - AMF: 5745268
 31.11.19

Dr. [Assinatura]
 Médico
 CRM 12.345

21.11.19 - AMF: 5745268
 22.11.19 - AMF: 5745268
 23.11.19 - AMF: 5745268

Exatidão na avaliação clínica, com melhora da dor e calma.
 Não houve piora dos sintomas. Não houve alteração.
 Não houve alteração. Não houve alteração.
 Não houve alteração.

24.11.19 - AMF: 5745268
 25.11.19 - AMF: 5745268
 26.11.19 - AMF: 5745268

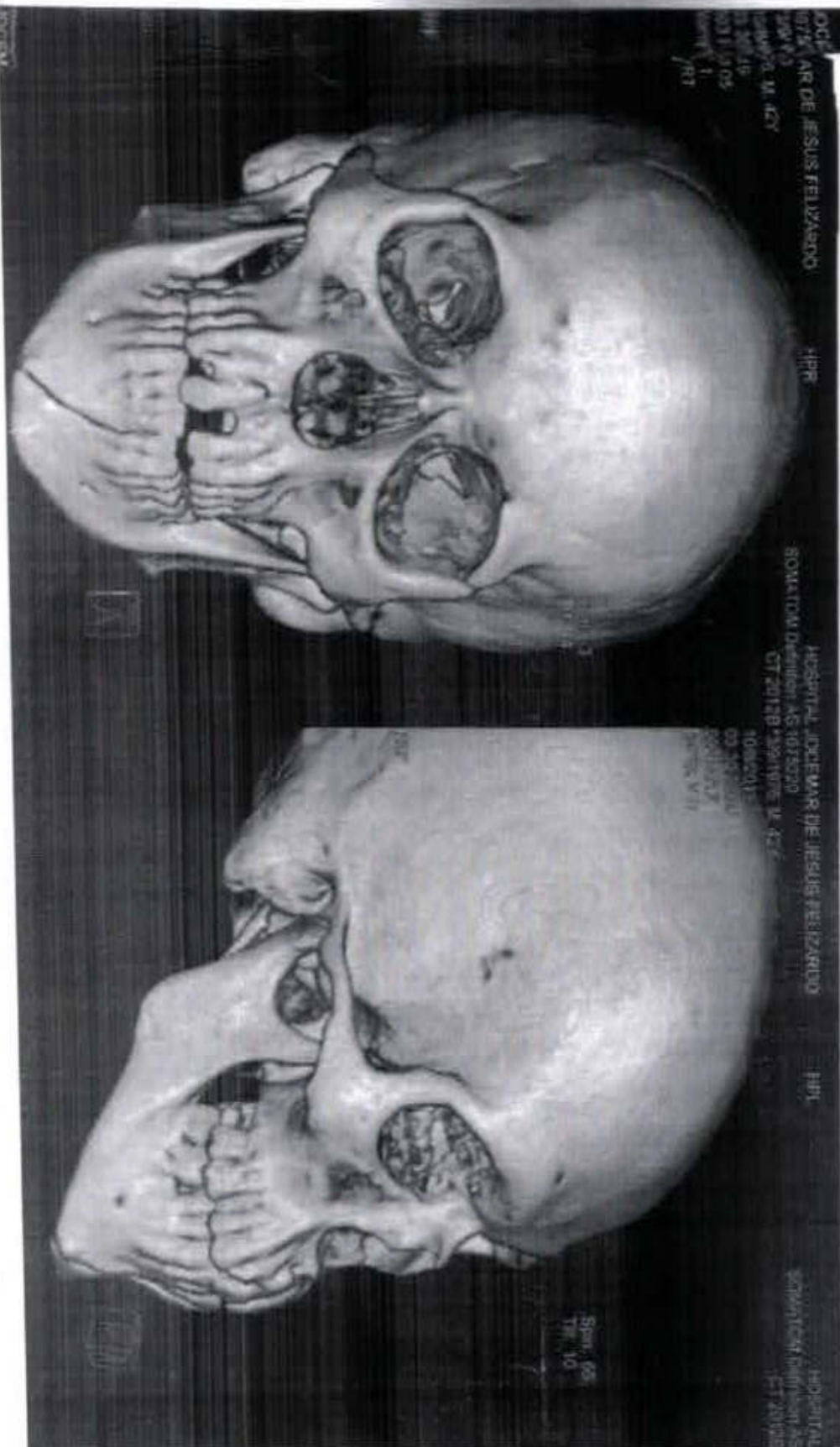
Dr. [Assinatura]
 Médico
 CRM 12.345

DESTINO: DATA: ____/____/____ HORA: ____/____/____

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição
 () Transferência Local: _____ Senha: _____

Médico / Cremer:







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

PRONTUÁRIO: 1675220

SEXO: Masculino

DATA NASC: 03/09/1976

DATA/HORA: 11/08/2019 08:28

ATENDIMENTO: 1465744

Leito: 606-L3

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 11/08/2019

Hora: 06:09

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO
VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, EG. REGULAR.

CIRURGIA REALIZADA DIA 10/08/2019 POR DRA. QUITERIA, DR. VIRGILIO, DR. CESAR PARA RESCUE E FIXAÇÃO DE FRATURA DE
SINFISE MANDIBULAR COM INSTALAÇÃO DE 2 PLACAS 2.0MM.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA COMPATIVEL COM POS-OPERATORIO, ACESSO MANTIDO SEM DÉBITO OU DEISCENCIA, DPM
MAXILARES FIRMES AO TOQUE, SEM QUEIXA RESPIRATORIA, SEM QUEIXA VISUAL, MOBILIDADE EM ELEMENTOS DENTARIOS 11 E
22, BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ESTÁVEL, PACIENTE SEM QUEIXAS.

DI: FRATURA DE SINFISE MANDIBULAR

CD:
ALTA BMF
AO HUOC
ORIENTO E PRESCREVO

Dr. Demostenes Junior
Cirurgião Traumatologista
Bacharel em Odontologia
Residência em Otorrinolaringologia
CRM-PE 18018

Scanned by CamScanner





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA
DO PERPETUO SOCORRO LTDA.

Av. Santa Cruz, 33 - Fone: (21) 5762 2652 - Fax: (21) 5762 0001
CNPJ: 08.245.589/0001-30 - Itaboraí - CEP: 31076-250 - Garanhuns-PE
e-mail: fgsocorro@hotmail.com

Declaro Terá devidos pms por o Sndm
Joemon de Jesus Filizendo, sofreu acidente
de trânsito no dia 4/8/19 com início
do Tratamento na mesma data, privando
mha doenças prévias na ocasião houve

TCE grave e fratura da mandíbula de Fort tipo 2.
75% Grave

Ao Exame: Periculado hura orientado, não
desorientado, refere perda de visão lateral,
Alhe epêlice constante, síncope dia.
Não Pode se alimentar com comidas sólidas,
So se alimenta com comida líquida e Pastozos.
Refere hiperacúria após o acidente de trânsito.

Coromon 6/7/19.

Dr. Victor
Ortopedia Trauma
CRM-PE





Num. 59836271 - Pág. 12

UPA 24 HORAS - PAULISTA

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/08/2019 12:41

Nome Paciente: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
Cód. Paciente: 153429
Data de Nascimento: 03/09/1976
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: 0101
Convênio: -
Atendimento: SAME:

Período: 09/08/2019 12:42 - 09/08/2019 12:43

ALEXSANDRO MARTINIANO DA SILVA - COREN: 525439 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO, COM MÚLTIPLAS LESÕES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, RELATO DE TCE SEM HISTÓRIA DE VÔMITO OU SÍCOPE

Observação: HAS -
DM -
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: DOR DE OUVIDO/GARGANTA

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

Especialidade: CLÍNICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUÊNCIA CARDÍACA: 114.00 BPM
- P.A. SISTÓLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTÓLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO: 96.00 %

Acolhido(a) por: ALEXSANDRO MARTINIANO DA SILVA - COREN: 525439 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/08/2019 12:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



EVOLUÇÃO CLÍNICA (intercorrências, resultado de exames, etc.)

22. História de hipertensão
23. HTA - AMF: 544268
24. Via aérea
25. VEM

Dr. Antonio
CRM 12.172

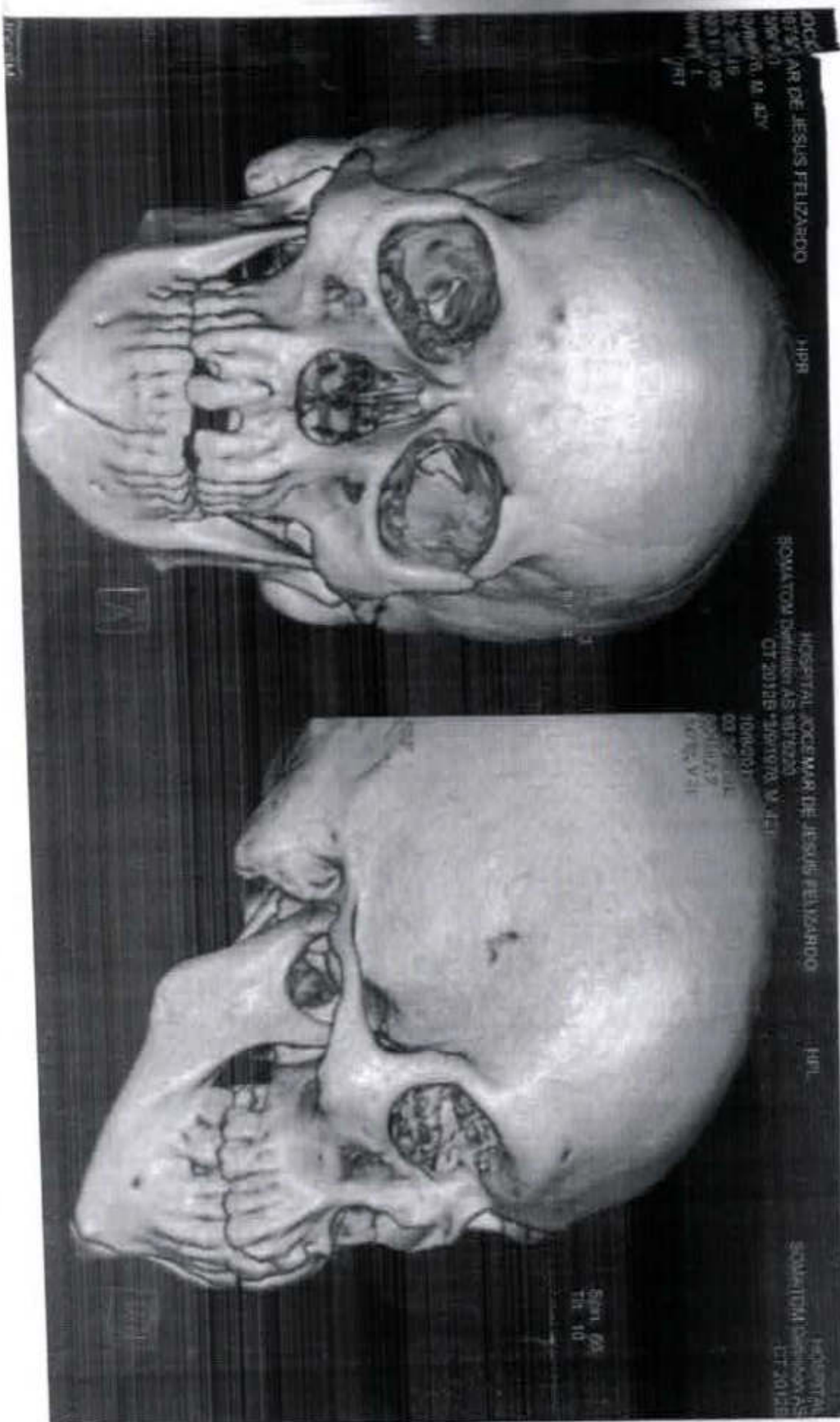
26. História de hipertensão - 100mmHg
27. História de hipertensão - 100mmHg
28. História de hipertensão - 100mmHg
29. História de hipertensão - 100mmHg
30. História de hipertensão - 100mmHg
31. História de hipertensão - 100mmHg
32. História de hipertensão - 100mmHg
33. História de hipertensão - 100mmHg
34. História de hipertensão - 100mmHg
35. História de hipertensão - 100mmHg
36. História de hipertensão - 100mmHg
37. História de hipertensão - 100mmHg
38. História de hipertensão - 100mmHg
39. História de hipertensão - 100mmHg
40. História de hipertensão - 100mmHg
41. História de hipertensão - 100mmHg
42. História de hipertensão - 100mmHg
43. História de hipertensão - 100mmHg
44. História de hipertensão - 100mmHg
45. História de hipertensão - 100mmHg
46. História de hipertensão - 100mmHg
47. História de hipertensão - 100mmHg
48. História de hipertensão - 100mmHg
49. História de hipertensão - 100mmHg
50. História de hipertensão - 100mmHg
51. História de hipertensão - 100mmHg
52. História de hipertensão - 100mmHg
53. História de hipertensão - 100mmHg
54. História de hipertensão - 100mmHg
55. História de hipertensão - 100mmHg
56. História de hipertensão - 100mmHg
57. História de hipertensão - 100mmHg
58. História de hipertensão - 100mmHg
59. História de hipertensão - 100mmHg
60. História de hipertensão - 100mmHg
61. História de hipertensão - 100mmHg
62. História de hipertensão - 100mmHg
63. História de hipertensão - 100mmHg
64. História de hipertensão - 100mmHg
65. História de hipertensão - 100mmHg
66. História de hipertensão - 100mmHg
67. História de hipertensão - 100mmHg
68. História de hipertensão - 100mmHg
69. História de hipertensão - 100mmHg
70. História de hipertensão - 100mmHg
71. História de hipertensão - 100mmHg
72. História de hipertensão - 100mmHg
73. História de hipertensão - 100mmHg
74. História de hipertensão - 100mmHg
75. História de hipertensão - 100mmHg
76. História de hipertensão - 100mmHg
77. História de hipertensão - 100mmHg
78. História de hipertensão - 100mmHg
79. História de hipertensão - 100mmHg
80. História de hipertensão - 100mmHg
81. História de hipertensão - 100mmHg
82. História de hipertensão - 100mmHg
83. História de hipertensão - 100mmHg
84. História de hipertensão - 100mmHg
85. História de hipertensão - 100mmHg
86. História de hipertensão - 100mmHg
87. História de hipertensão - 100mmHg
88. História de hipertensão - 100mmHg
89. História de hipertensão - 100mmHg
90. História de hipertensão - 100mmHg
91. História de hipertensão - 100mmHg
92. História de hipertensão - 100mmHg
93. História de hipertensão - 100mmHg
94. História de hipertensão - 100mmHg
95. História de hipertensão - 100mmHg
96. História de hipertensão - 100mmHg
97. História de hipertensão - 100mmHg
98. História de hipertensão - 100mmHg
99. História de hipertensão - 100mmHg
100. História de hipertensão - 100mmHg

DESTINO: DATA: / / HORA: /

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição
() Transferência Local: Senha: /

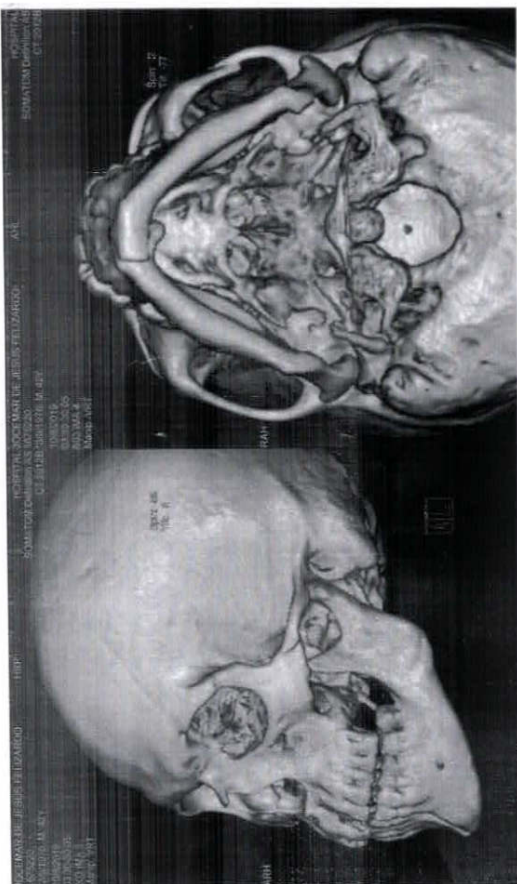
Médico / Cremesp:





Scanned by CamScanner





Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner

PERNAMBUCO GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES		PERNAMBUCO GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	
NOME: JOCEMAR DE JESUS PELIZARDO PRIORIDADE: 14675220 DATA/HORA: 11/06/2019 08:28		SEXO: Masculino DATA NASC: 03/09/1976 ATENDIMENTO: 1465744 LADO: 606-L3	

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 11/06/2019 Hora: 08:09

PACIENTE VITIMIZADO DE ATROPELAMENTO
 VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, NÓRMOCORADO, EUPNEICO, EG. REGULAR.

CIRURGIA REALIZADA DIA 10/06/2019 POR DRA. GUTIERRA, DR. VIRGILIO, DR. CESAR PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE SÍNTISE MANDIBULAR COM INSTALAÇÃO DE 2 PLACAS 2.0MM.

NO EXAME FÍSICO APRESENTA EDENIA COMPATIVEL COM POS-OPERATORIO, ACESSO NARIZADO SEM DÉBITO OU DEISCENCIA, OIR NAZALARES FINEIS AO TOQUE, SEM QUEIXA RESPIRATORIA, SEM QUEIXA VISUAL, HORTILIDADE EM ELEMENTOS DENTÁRIOS 11 E 22, SCA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ESTÁVEL. PACIENTE SEM QUEIXAS.

DI: FRATURA DE SÍNTISE MANDIBULAR

CD:
 ALTA BHF
 AO HUOC
 CRÉDITO E PRESENEVO

Dr. Demosthenes Lúiz
 Cirurgião Traumatologista
 Rua: ...
 ...
 ...

Scanned by CamScanner





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA
DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.
R. Santa Cruz, 33 - Fone: (71) 3762.1002 - Fax: (71) 3762.1061
CNPJ: 06.241.250/0001-03 - Salvador - CEP: 51200-250 - Capelinha, PE
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Declaro Teria devido pino para o Sando
João de Jesus Felizardo, sofreu acidente
de trânsito no dia 9/8/19 em início
da Tratamento na mesma data, período
neste dano primário na classe leve
TCE grau 1, fratura da mandíbula de Fort tipo 2.
75% Grau 1
Ao exame: Período pós-operatório, não
dermatite, não perda de visão lateral,
não epilepsia constante, síncope dia.
Não pode se alimentar com consistência sólida,
só se alimenta com comida líquida e Pastas.
Não hiperacidez após o acidente de trânsito.

Correu 6/7/19.

Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 10.111

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)	
DATA DO ACIDENTE: 9/8/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 9/8/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João de Jesus Felizardo	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE, fratura osso da face	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento conservador de TCE Tratamento cirúrgico de fratura do osso da face Ata 19/8/19	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO SE POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido).	
SEGUIMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1°	Transtorno Pós-Traumático, epilepsia constante
2°	Perda de sensibilidade lateral, perda de peso
3°	Pouco consegue se alimentar por diálise
4°	Alimentação apenas pastas
5°	75% grau 1
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 24 horas a 180 dias E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
Local: Correu	data: 22/8/19
Assinatura e carimbo	





MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 86 610 Série 000 35-RE



Polegar Direito.



Assinatura do portador



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jocemar de Jesus
Felizardo
 Loc. Nasc. Recife
 Est. PE Data 03/09/76
 Filiação José Espiridiano Feli
zardo e Jereza de Jesus
Felizardo
 Est. Civil solteiro Doc. Nº 2.967
 Fls. 631V Liv. 041A Reg. Civil nasc.
 Outro doc.
 Situação Militar: Doc.
 Nº Órgão Est.
 Naturalizado Dec. Nº Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. Nº Exp. em/...../.....
 Estado
 Obs

Data Emissão 23/9/93 DRT PE

[Assinatura]
 Assinatura do Funcionário



28/08/2019



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
867.079.904-97

Nome
JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Nascimento
03/09/1976

CÓDIGO DE CONTROLE
F9D4.314E.55ED.B858



Emissão pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:24:29 do dia 28/08/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned by CamScanner
Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658256 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO **Data do acidente:** 09/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE, FRATURA DE SINFISE MANDIBULAR

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. NEGA USO DE MEDICAÇÃO. INSISTE EM REALIZAR AS MESMAS PERGUNTAS DURANTE A ENTREVISTA, POREM RESPONDE COM EXATIDÃO AS PERGUNTAS DO ENTREVISTADOR. DEAMBULA LIVREMENTE. FACE SEM ALTERAÇÃO, COM BOA ABERTURA DE CAVIDADE ORAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,OSTEOSSINTESE DA FRATURA, FISIOTERAPIA
EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



**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: 3190658256
Nome do(a) Examinado(a): Jocemar de Jesus Felizardo
Endereço do(a) Examinado(a): R Cinquenta e Um, 22
Maranguape II Paulista PE CEP: 53421-261
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 4490300
Data local do acidente: [09/08/2019]
Data local do exame: [13/12/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE, FRATURA DE SINFISE MANDIBULAR
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE DA FRATURA, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
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, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. NEGA USO DE MEDICAÇÃO. INSISTE EM REALIZAR AS MESMAS PERGUNTAS DURANTE A ENTREVISTA, POREM RESPONDE COM EXATIDÃO AS PERGUNTAS DO ENTREVISTADOR. DEAMBULA LIVREMENTE. FACE SEM ALTERAÇÃO, COM BOA ABERTURA DE CAVIDADE ORAL
- IV. Nexa de casualidade: 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)?
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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" **(X) "Sem sequela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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.
Não há elementos para determinar sequelas neurológicas do trauma. Não há descrição de lesão cerebral em documentação.

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

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

Leonardo Neves
Médico
CRM/PE 17742



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658256 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO **Data do acidente:** 09/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.(PAG.01.02.6)
TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíntese (PLACA E PARAFUSOS NA MANDÍBULA) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (ANEXO P4 P6 P7)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658256 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO **Data do acidente:** 09/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.(PAG.01.02.6)
TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS NA MANDÍBULA) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (ANEXO P4 P6 P7)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416431/19

Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

CPF: 867.079.904-97

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 09/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO : 867.079.904-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
CPF: 867.079.904-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369860/19

Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

CPF: 867.079.904-97

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 09/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO : 867.079.904-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/10/2019
Nome: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
CPF: 867.079.904-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Steffany Carolyn Lins Veloso





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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658256

Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

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 15152113





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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658256

Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

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. 01851/01852 - carta_02 - INVALIDEZ

00060926



Carta nº 15189567





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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658256

Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00103/00104 - carta_04 - INVALIDEZ

00050052



Carta nº 15249425





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato do ASV: 867.079.904-97 3 - CPF da vítima: 867.079.904-97 4 - Nome completo da vítima: JOCEMAN DE JESUS FELIZANO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR DUSEP Nº 488/2012

5 - Nome completo: JOCEMAN DE JESUS FELIZANO 6 - CPF: 867.079.904-97

7 - Profissão: Nôva 8 - Endereço: RUA 53 9 - Número: 22 10 - Complemento: 107E22

11 - Bairro: MAMORAPÉ II 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53421-261

15 - E-mail: Nôva 16 - Telefone: (81) 99304-6799

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POU-PANCA (elemento para os bancos ativar. Ativar se não for) ☒ CONTA CORRENTE (só se ativar) Nome do BANCO: SANTANDER (033)

☐ Bradesco (232) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA: 3601 CONTA: 01-006935 (8)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de reconhecimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei o laudo do IML para o fim de reconhecimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, tendo em vista que a Seguradora LIDER se compromete a avaliar o caso de acordo com o disposto no art. 194, § 1º, da Lei nº 13.674/2018, declarando que esta declaração não significa prévia constatação com a futura avaliação médica e pericial da Seguradora LIDER, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

29 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 30 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

31 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 32 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

33 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 34 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

35 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 36 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

37 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 38 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

39 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 40 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

41 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 42 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

43 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 44 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

45 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 46 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

47 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 48 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

49 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 50 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

51 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 52 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

53 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 54 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

55 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 56 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

57 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 58 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

59 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 60 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

61 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 62 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

63 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 64 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

65 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 66 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

67 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 68 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

69 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 70 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

71 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 72 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

73 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 74 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

75 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 76 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

77 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 78 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

79 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 80 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

81 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 82 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

83 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 84 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

85 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 86 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

87 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 88 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

89 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 90 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:



Scanned by CamScanner
Scanned by CamScanner



DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
0047538 TERM PASSAG PE 22 21/08/2019
SANTANDER
08 55 39 (Horário de Brasília)
0072

Saldo N 73020001-9450

SALDOS

21/08/2019 08 55 DT CONTABIL 21/08/2019

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

BANCO 033 AGENCIA 1601 CONTA 01-006935-8

SALDO CONTA CORRENTE	0 00 +
(+) LIMITE CHEQUE ESPECIAL	0 00 +
(-) SALDO BLOQUEADO	0 00 +
(=) SALDO DISPONIVEL	0 00 +

Informações importantes no verso

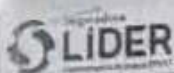
www.banco24horas.com.br

Impressão em papel térmico sensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escreva o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANO (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do registro do ASU: 867.079.904-97 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima: JOCEMAN DE JESUS FELIZIANO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: JOCEMAN DE JESUS FELIZIANO 6 - CPF: 867.079.904-97

7 - Profissão: NOME 8 - Endereço: RUA 53 9 - Número: 22 10 - Complemento: 107E 22

11 - Bairro: MIMAMBAPE II 12 - Cidade: PAVISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53421-261

15 - E-mail: NOME 16 - Telefone: (81) 49304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 23 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declarar, sob as penas da lei, que não possui outro endereço residencial, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECEBIO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$3.001,00 A R\$3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEANÇA (informar para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: SANTANDER (033)

AGÊNCIA: 1601 CONTA: 01-006935 8

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, assim que vier a ser reconhecido e devido, desde já e sem prejuízo da ação de cobrança total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Faltando a qualquer um dos requisitos de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, declaro, desde já, em três últimos, a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 94, §1º, declarando que esta autorização não significa acordo com a futura indenização ou renúncia ao direito de contestar o caso decorrente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Cota do pedido da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima possui companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima ☐ Sim ☐ Não 29 - Se não possui filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima possui ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima ☐ Sim ☐ Não 32 - Se não possui irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima possui ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da lei, que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem for beneficiário que se apresentar a provar, em caso de dúvida, a quem não puder, desde que não haja qualquer oposição ou declaração não verdadeira, a quem gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da multa decorrente da infração do artigo 209 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a cota/pedido: 35 - CPF legível de quem assina a cota/pedido: 36 - CPF legível de quem assina a cota/pedido: 37 - Assinatura de quem assina a cota/pedido:

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: PAVISTA (PE), 18/10/2019

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

45 - Assinatura do Procurador (se houver):

46 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

48 - Assinatura do Procurador (se houver):

49 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

51 - Assinatura do Procurador (se houver):

52 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

53 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

54 - Assinatura do Procurador (se houver):

55 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):



Scanned by CamScanner
Scanned by CamScanner



DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
0047538 TERM PASSAG PE 22 21/08/2019
SANTANDER
09 55 39 (Horário de Brasília)
.....0872

Saldo N 73020001-9450

SALDOS

21/08/2019 09 55 DT CONTABIL 21/08/2019

IOCEMAR DE JESUS FELIZARDI

BANCO 033 AGENCIA 1801 CONTA 01-006935-8

SALDO CONTA CORRENTE	0 00 +
(+) LIMITE CHEQUE ESPECIAL	0 00 +
(-) SALDO BLOQUEADO	0 00 +
(=) SALDO DISPONIVEL	0 00 +

Informações importantes no verso

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - 27/08/2019 16:40
DP28ªCIRC DIM/6ªDESEC

2 of 2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118008224

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/08/2019 às
08:52

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 9/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE RIO DOCE (BAIRRO), 1 - Bairro: RIO
DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: BENTO DO
T. I. RIO DOCE
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE).
JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(a): DESCONHECIDO
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(a): JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO (presente no plantão) - Sexo: Masculino/Mas:
TEREK DE JESUS FELIZARDO Por JOSE ESPINDILÃO FELIZARDO Data de Nascimento:
1/9/1978 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4486399/SSS/PE (RG)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: PEDREIRO(A)
Telefones Celulares:
- 999178228

Exame pênico: (solicitado por esta unidade operacional): IML PARA EXAME DE CORPO DELITO
Residência: RUA 51, Nº 22 - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo a: BAIRRO DE
MARANGUAPÉ II, 1 - CEP: 55065-000 - Bairro: MARANGUAPÉ - II -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse
do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTONOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido
NÃO

Scanned by CamScanner



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/.info/xml/BOLPreview.html

Quantidade: 1 (UNIDADE) Unitário: 1 (REAL)

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
Categoria/Marca/Modelo: URBANA/MONARK/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE) Unitário: 259,00 (REAL)
Descrição: BARRA CIRCULAR.

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO, ONDE NOS RELATOU QUE NO DIA 05 / 02 / 2019, PELA MANHÃ, QUANDO ESTAVA PEDALANDO A SUA BICICLETA, PERTO DO TERMINAL INTEGRADO DE RIO DOCE, OLINDA / PE, UM VEÍCULO LHE ATROPELOU, FICANDO BASTANTE TONTO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO SE EVADIU DO LOCAL; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, QUE LHE LEVARAM PARA A UPA DE JARDIM PAULISTA BAIXO, ATENDIMENTO 1167386; QUE NO MESMO DIA, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL A RESTAURAÇÃO.

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO.

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALEXANDRE JORGE M. DOS SANTOS - MAT. 221.328-2



Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 02ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - 27/08/2019 16:40
DP2ªCIRC DIM/DESEC

1 of 2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19EQ118008224

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/08/2019 às 08:52

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado), que aconteceu no dia 9/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE RIO DOCE (BAIRRO), 1 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PERTO DO T. L. RIO DOCE**
Lado do FDS: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(a): **DESCONHECIDO**
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(a): **JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO**

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino -
SSRCS DE JESUS FELIZARDO P.O. JOSE ESSEMIÃO FELIZARDO Data de Nascimento: **5/9/1975** Nacionalidade: **BRASIL / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **446348382-PE (RG)**
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PEREIRO(A)**
Telefones Celulares: **855178226**

Exame post-mortem realizado por esta unidade operacional: **IMEL PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Residência: **RUA 41, N° 32 - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Prédio: **1** Bairro: **DE MARANGUAPÉ II, 1 - CEP: 50999-000 - Bairro: MARANGUAPÉ - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Descoberto Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Scanned by CamScanner

26/08/2019 16:41

Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unidade: **1 (REAL)**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(s) Sr(a): JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO, que estava em posse do(s) Sr(a): JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
Categoria/Marca/Modelo: **URBANA/MONTADA NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unidade: **155,00 (REAL)**
Descrição: **BARRA CIRCULAR**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO, ONDE NO RELATO QUE NO DIA 09 / 08 / 2019, PELA MANHÃ, QUANDO ESTAVA PEDALANDO A SUA BICICLETA, PERTO DO TERMINAL INTERMODO DE RIO DOCE, OLINDA / PE, UM VEÍCULO LHE ATROPELAV, FICANDO BASTANTE TONTO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO SE EVADIU DO LOCAL; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, QUE LHE LEVARAM PARA A UPA DE JARDIM PAULISTA BAIXO, ATENDIMENTO 116734; QUE NO MESMO DIA, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL A RESTAURAÇÃO.

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO.
JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE JORGE M. DOS SANTOS - MAT. 221.324-3**



Scanned by CamScanner

