



Pernambuco

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

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 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 VINÍCIUS 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



Pernambuco

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

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 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EM 2 SEMANAS (DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE DE AGENDA)

Dr. Jose Vinicius 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 de Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

ARUANA SEGUROS
15 FEV 2018

192

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



FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 17:00 H
CHEGADA AO LOCAL: 17:05 H
HORA DA CONCLUSÃO: 17:10 H

QTC: 1707

DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/07/2017 HORA DA OCORRÊNCIA: 17:00

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Colisão Automóvel 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: Valdemiro Matos IDADE: 38 ANOS
SEXO: M (X) F () PROFISSÃO: Prof. Instrutor FONE: 15-440-6711
ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. Oreste de Almeida, 100 BAIRRO: _____
NOME DO SOLICITANTE: _____ FONE: _____
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: R. Oreste de Almeida, 100 BAIRRO: _____
REFERÊNCIA: Assessoria Social da Prefeitura

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ONIBUS () CAMINHÃO (X) CARRO DE PULSÃO () MOTOCICLETA (X) PLACA: _____
ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
RUIZOMÓVEL: OCUPANTE () PASSAGEIRO () MOTORISTA () BANDA DE TRÁFEGO () BANDA DE FRENTE () BANDA DE TRÁS ()
MOTOCICLISTA: MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CAPACETE: S (X) N ()
AFOGAMENTO/SUBMERSÃO () BOTERRAMENTO ()
INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAIS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR: _____
EXPOSIÇÃO AO FOGO/FUMAÇA () QUEMADURAS: 1º GRAU °C () 2º GRAU °C () 3º GRAU °C ()
QUEDA () ALTURA APROX. METROS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
AGRESSÃO () 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: Valdemiro Matos, 38 anos, instrutor de educação física, residente em R. Oreste de Almeida, 100, bairro de São João, Aruana, PR. Colisão com veículo de passeio.
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: Lesão por trauma

AValiação CLÍNICA

VIA AÉREAS: FR _____ DISPNEIA S () N (X) TIRAGEM INTERCOSTAL: S () N (X)
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N (X) SIBILOS EXPIRATORIOS S () N (X) BAIL: S () 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-PR 460298

ARUANA SEGUROS
15 FEV 2018

EXAME NEUROLOGICO

AVILIAÇÃO PRIMARIA: ALERTA ()

RESPOSTA VERBAL ()

RESPOSTA AO ESTIMULO DOLOROSO ()

IRRESPONSIVO ()

ESCALA DE GLASGOW
ABERTURA OCULAR
Abertura ocular espontânea 4
Abertura ocular à voz 3
Abertura ocular à dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL
Orientado 5
Confuso 4
Resposta inapropriada 3
Sem resposta verbal 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA
Obedece comando 5
Localiza estímulo doloroso 4
Retirada do estímulo doloroso 3
Flexão anormal (decorticação) 2
Extensão anormal (decerebração) 1
Sem resposta motora 0

TOTAL
PONTOS

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DÉFICIT MOTOR ()

DESVIO DE COMISSURA LABIAL ()

DIFICULDADE NA FALA ()

AVILIAÇÃO DAS PUPILAS: ISOCÓRICAS ()

ANISOCÓRICAS ()

MIDRIASE ()

MIOSE ()

NATUREZA DA LESÃO

PRESEÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N ()

FRATURA PÉLVIS: S () N ()

LESÕES INTRA-TORÁCICA: S () N ()

FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA ()

LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N ()

ABERTA ()

CONDUTA CLINICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUMNA CERVICAL: S (x) N ()

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR S () N (x)

OXIGÊNIO CATETER () VENTURI (x) CPAP ()

INFUSÃO DE FLUIDOS: S () N (x)

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

OUTRAS CONDUTAS

VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE

FIOT

ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: S () N (x)

MEDICAMENTO / MATERIAL PENSO USADO

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

USO ALCOOL: S (x) N ()

ALTERAÇÃO NO HUMOR ()

USO ALCOOL: S (x) N ()

EXTASE ()

USO ALCOOL: S (x) N ()

LANÇA PERFUME ()

USO ALCOOL: S (x) N ()

AMFETAMINA ()

USO ALCOOL: S (x) N ()

CRACK ()

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

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

ASSINATURA:

MÉDICO QUE RECEBEU:

ORIENTAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO: S () N (x)

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

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

PRANCHA RETIDA: S () N (x)

MACARETIDA NA UNIDADE HOSPITALAR: S () N (x)

EQUIPE

MÉDICO REGULADOR:

MÉDICO ASSISTENTE:

ENFERMEIRA:

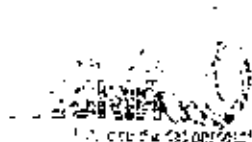
SOCORRISTA:

MOTORISTA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA:

Exercitação de Responsabilidade

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) Joelson dos Santos Leiros
Idade: 23 Data Nascimento: 12/11/93 RG: 8.907.804 CPF: 108.981.114-47
End: Ricardo Leiros Lima Bairro: Vila do Camp Cidade: Chã de Alegria
Foi Atendido pelo SAMU no dia 17/07/17

História Clínica:

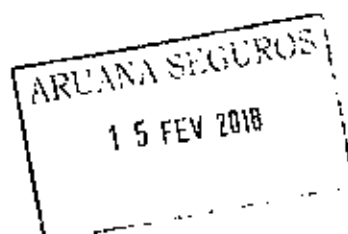
vítima acidente motocicleta ci fratura exposta
em MIE, Laceração MSE.

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



Doc. 03

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOELSON DOS SANTOS LEMOS SIC	PRONTUARIO: 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

Encaminhado para:

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

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

JOSE VINÍCIUS 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



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: Catuista Helena Lima Bairro: Vila do Camp 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

192

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



FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 12 H
 CHEGADA AO LOCAL: 12 H
 HORA DA CONCLUSÃO: 12 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: 23 ANOS
 SEXO: M () F () PROFISSÃO: Estudante FONE: 98543 2101
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua da Paz, 123 BAIRRO: _____
 NOME DO SOLICITANTE: _____ FONE: _____
 ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Rua da Paz, 123 BAIRRO: _____
 REFERÊNCIA: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ONIBUS () CAMINHÃO () CARRO DE PASSAGEIRO () MOTOCICLETA () PLACA: _____
 ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
 AUTOMÓVEL (OCUPANTE/PASSAGEIRO) () MOTOCICLISTA () SENTADO DE TRÁS () SENTADO EM FRENTE () CEB DO BENTO: S () N ()
 MOTOCICLISTA: MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CAPACETE: S () N ()
 AFOGAMENTO/SUBMERSÃO () BOTERRAMENTO ()
 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 () CAROTAMENTO

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA: Doença crônica de longa duração
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: Doença crônica de longa duração

AValiação CLÍNICA

VIA AÉREAS: FR _____ DISPNEIA S () N () TIRAGEM INTERCOSTAL: S () N ()
 OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N () SIBLOS EXPIRATORIOS S () N () BAH-S () N ()
 AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S () N () LESÕES DE FACE: S () N () RETRATAÇÃO XIFOIDE: S () N ()
 DEFORMIDADE DO TÓRAX: S () N () GEMIDO/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
 Enfermeiro
 COREN-SP 460298

ARUANA SEGUROS

12 JUN 2018

1002

IRRESPONSIVO()

1
2
3
4
5
6
7

TOTAL
PONTOS
15

11. DIFICULDADE NA FALA ()

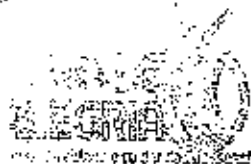
LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N ()

[illegible]

LOLO () MADONNA () CELA () COCAÍNA () CRACK () LANÇA-
PERFUME () ANFETAMINA () ÉXTASE ()

Exoneração de Responsabilidade

12 JUN 2018



SAMU - CHÃ DE ALEGRIA

Secretaria de Saúde de Chã de Alegria

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que o Sr(a) Joel son dos Santos Lima
Idade: 23 Data Nascimento: 12/11/93 RG: 8.907.804 CPF: 108.981.114-47
End: R: Celso Costa 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

ARIANA SECUNDARIA
20 SET 2019



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: POLITRAUMATISMO

T.C.E. LEVE.

FRATURA EXPOSTA DE TÍRUA ESQUERDA

FRATURA EXTENSA DO MEMBRANO SUPRAOTÓ

ESQUERDA. (ACIDENTE MOTOCICLISTA)

OSTEOMIELITE NA ESQUERDA.

Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO SEM LESÃO

SEM LESÃO NA COLUNA CERVICAL - ECG = IS.

CIATICA DO FRATURA EXPOSTA DA TÍRUA

ESQUERDA + FRATURA EXTENSA DO MEMBRANO

CIATICA DO FRATURA DO PLATO ESQUERDO

CIATICA DO OSTEOMIELITE DE PÉDULO ESQUERDO.

Obs. EM 01-08-17 (DESETE): SUPORTE MÉDICO

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 SECUNDARIA

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:

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

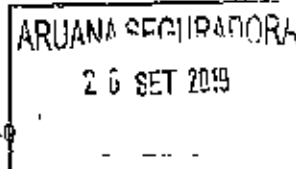
Dr. José Vinícius G. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 07, AGOSTO, 2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de afastamento 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



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



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOELSON DOS SANTOS LEMOS SIC	PRONTUARIO: 1597008	ATENDIMENTO: 00837650
DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1993	FOI ATENDIDO EM: As	
	DATA DA ALTA: 07/09/2017 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

Encaminhado 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: 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



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: R: Catquista 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

192

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



FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 17:38 H
 CHEGADA AO LOCAL: 17:45 H
 HORA DA CONCLUSÃO: 18:00 H

QTC: 17/07/2018

DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/07/2018 HORA DA OCORRÊNCIA: 17:38
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acidente de trânsito 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: 33 ANOS
 SEXO: M () F () PROFISSÃO: Motorista FONE: 95542575
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua da Paz BAIRRO: Centro
 NOME DO SOLICITANTE: _____ FONE: _____
 ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Rua da Paz BAIRRO: Centro
 REFERÊNCIA: Acidente de trânsito

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ONIBUS () CAMINHÃO () CARRO DE PASSEIO () MOTOCICLETA () PLACA: _____
 ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
 RUTOS/VEÍCULO: PASSAGEIRO () MOTORISTA () BOMBEIRO DE TRÂNSITO () BOMBEIRO EM FRENTE () USO DO CINTO: S () N ()
 MOTOCICLISTA: MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CASQUELO: S () N ()
 AFOGAMENTO/SUBMERSÃO () BOTERRAMENTO ()
 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: Acidente de trânsito
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: Acidente de trânsito

AValiação CLÍNICA

VIA AÉREAS: FR _____ DISPNEIA S () N () TIRAGEM INTERCOSTAL: S () N ()
 OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N () SIBLOS EXPIRATÓRIOS S () N () BAN: S () N ()
 AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S () N () LESÕES DE FACE: S () N () RETRATAÇÃO XIFÓIDE: S () N ()
 DEFORMIDADE DO TÓRAX: S () N () GEMIDO/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
 Enfermeiro
 CORENPE 460298

ARUANA SEGUROS

12 JUN 2018

১১৫'৩২

IRRESPONSIVO ()

1

11. DIFICULDADE NA FALA ()

FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA () ABERTA ()

OUTRAS CONDUTAS

[illegible]

(-) ALTERAÇÃO DO HUMOR () RISSOS, CENHO, IMITAÇÃO.
ESPECIFICAR: _____
REFUME () ANFETAMINAS () _____

PRANTE O ATENDIMENTO: S () N ()
PRANCHA RETIDA: S () N ()

Exoneração de Responsabilidade

Responsabilidade

12 JUN 2018



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mantenha ao seu lado acompanhando os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar maiores desgracias.

Tudo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "curandeiros" e "curasões" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer reparos de electricidade.

Procure o serviço médico imediato, se você for vítima de um acidente, mesmo que não seja grave.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las, mestres e alunos.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA, e de seus trabalhos.

Conheça sempre as regras de segurança da região onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho principalmente a respeito de avisos sobre prevenção de acidentes.

Leia e reflicta sempre os estatísticos e estudos nos acidentes e os meios, métodos, causas e muitas complicações não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as ferramentas apropriadas das máquinas nos devidos lugares.

Para a maioria quando tiver que consertar ou lubrificar, habilite-se a trabalhar principalmente contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados, a sua roupa.

Conheça a função dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

086814

Série

João dos Santos Lemos
ASSINATURA DO PORTADOR



ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

QUALIFICAÇÃO CIVIL
 Nome Joelso dos Santos Neves
 Loc. Nas. Brasília Est. DF Data 12/11/1953
 Filiação Joelso dos Santos Neves
 Doc. N.º 1.234.567-8 de João de Deus - PE
ESTRANGEIROS
 Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N.º
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 05/10/1954 Carla Maria da Silva
 Carlos A. Fortunato da Silva
 Assinatura do Funcionário

[illegible]

ASL 0414-133/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017

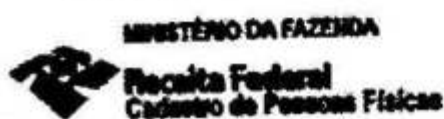
ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
108.981.114-47

Nome
JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Nascimento
12/11/1993

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:02

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ADSON XAVIER ALVES



DCC (DIRETORIA / DNE / DND / DDP / DP)
4739429 DDP PE

CPF 933.665.174-69 DATA NASCIMENTO 23/04/1977

PLACAO
JONAS ADERITO ALVES

MARTA ALDENIR
LAURINDA XAVIER

PRIMEIRO ADO AC DE HVS
AB

IDENTIFICACAO
01897188436

VALIDADE
09/06/2019

1ª EMISSAO
28/01/1997

VÁLIDA EM TODAS
as TERRITÓRIOS NACIONAIS
962229016

DESCRIÇÃO



Assinatura do titular

NOTA: VITÓRIA DE SANTO ANTAO - PE

DIA BOMBA
12/06/2014

01990868853
PE060091630

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROTEÇÃO PLÁSTICA
962229016

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:18

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:18

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012238415493

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 30/318512 RNTRO *****

NOME/ENDEREÇO
MARCIA MARIA DA CRUZ
R CATEQUISTA HELENA DE LUNA 05
C3 CENTRO
CHA DE ALEGRIA - PE 55835-000

CPF/CNPJ 118.285.384-70 PLACA 9EK7613

NOME ANTERIOR JEEPERSON DOS SANTOS MELO

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C2KC1670BR506573

ESPECIE TIPO PA3 / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GASO

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP/POT/CL 200/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

20165513 OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

LOCAL CHA DE ALEGRIA - PE DATA 17/05/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Secretário de Defesa do Cidadão DETRAN/PE

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:18

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:39:18

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 CLINICO 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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 Gloria 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 OSTEOMIELTE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
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.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (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 OSTEOMIELTE
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" | () "Sem seqüela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <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 (X) 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


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉSON DOS SANTOS LEMOS

DATA DO ACIDENTE 13/03/2012 CPF DA VÍTIMA 108.981.114-43

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adson Xavier Alves

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 15 DE NOUEMBORO

Nº 210 COMPLEMENTO BAIRRO CENTRAL

CIDADE GIJÓRIA DO GOIÁ UF PE CEP 55620-000

E-MAIL ADSON.ALVES@GMAIL.COM (81) 9.9526-4343

Outros

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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ LAUDO IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (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)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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

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 CERTIDÃO 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 SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE

☐ TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADA DAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO SIMPLES E LEGÍVEL

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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

• 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 6.194/7

• 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 DOCUMENTAÇÃO 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 1214

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14.11.12

IDENTIDADE 4230421

ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SECAVIA SEGUROS

DATA 14.11.2012

NOME [Assinatura]

ASSINATURA [Assinatura]



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

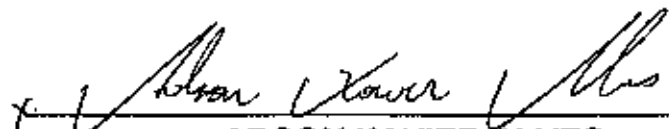
Contato pelo fone: (81) 9.9526.4343.

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

Glória do Goitá, 12 de maio de 2018.

ARUANA SEGUROS

17 MAI 2018



ADSON XAVIER ALVES
OAB/PE: 40.617



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.

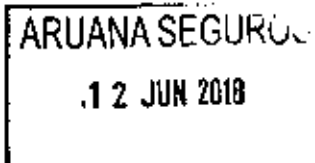
Certo que serei atendido agradeço à atenção dispensada.

Contatos pelo fone: (81) 9.9526-4343,

Glória do Goitá, 07 de junho de 2018.



ADSON XAVIER ALVES
OAB/PE:40.617



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.

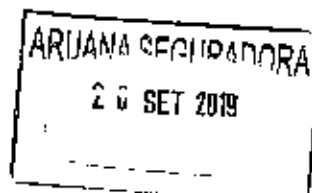
Diante do que foi exposto não resta dúvida do direito do requerente em receber a indenização do seguro obrigatório DPVAT uma vez que foram constatadas fraturas advindas de acidente de trânsito, conforme citado anteriormente, bem como comprovação documental em anexo.

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





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOELSON DOS SANTOS LEMOS

DATA DO ACIDENTE 14/03/2017 CPF DA VÍTIMA 108.981.114-43

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOELSON XAVIER LEMOS

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É PAI

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA 15 DE NOVE MARIAS

Nº 219 COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO

CIDADE GUARÁ DO GOLA UF PE CEP 55620-000

E-MAIL ADSON.ADVOCACIAYACAO.CO@GMAIL.COM (81) 9.9526-4343

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 CERTIDÃO 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

☐ TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO

☐ SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

CONFIRMEM 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 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)

☐ 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 6.196/7

• 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 DOCUMENTAÇÃO

• 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

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14.11.17

IDENTIDADE 4130421

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA

AGÊNCIA SEGUROS

DATA 14 NOV 2017

NOME João Carlos

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 CLÍNICO 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 (OSTEOMIELOITE).

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 (OSTEOMIELOITE).

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 PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

 Nome: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

 Profissão: CARPINTEIRO

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

 Endereço: RUA CATEQUISTA HELENA LUNA, Nº 239, VILADO CAMPO
CIDADE 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, Sincos 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.

Glória do Goitá 26/10/2017
Local e data



Joelson dos Santos Lemos

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(a por autenticidade)

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

Selo: 0076554.CROU/201701/00629 26/10/2017 14:19:26
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGUROS

16 NOV 2017



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: CARPINTEIRO

Identidade: 8.907.804-5 / 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, Sincos 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.

Glória do Goitá 26/10/2017
Local e data



Joelson dos Santos Lemos

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(a por autenticidade)

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE GLÓRIA DO GOITÁ
TITULAR: IASMIM MONTARROIOS DA SILVEIRA 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, IASMIM MONTARROIOS
DA SILVEIRA PINTO, TABELADO EM EXERCÍCIO

Selo: 0076554.CIN07101701/00629 26/10/2017 14:19:26
Consulte 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

ADSON XAVIER ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

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

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

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 RECUSO INFORMAR
Endereço RUA GETÊQUISTA H. DE LUNA		Número 239	Complemento
Bairro	Cidade CHADE ALEGRIA	Estado PE	CEP 55835-000
Email JOELSON.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)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
3536

DV

CONTA

NRO.
3837

DV

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

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.

CHADE ALEGRIA - PE, 30 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



ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

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 CATEQUISTA H. DE LUNA		Número 239	Complemento
Bairro	Cidade CHADE 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)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3536

(Informar dígito se existir)

3837

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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 GORTA 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



ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:42:14

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:42:14

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:42:14

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:42:14

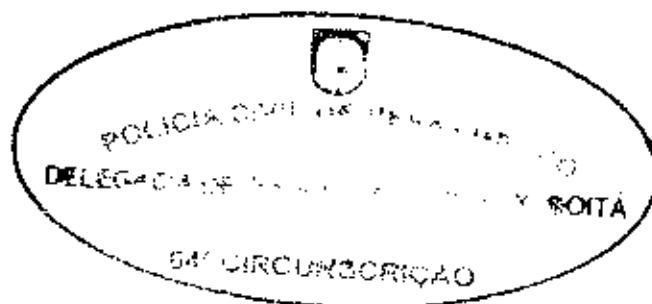
ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:42:14

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:42:14

ASL-0441493/17
nathalia.souza.0414
20/09/2019 11:42:14

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 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ -
DP 64ª CIRC DINTER 1/2ª DESEC**

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-40, SENTIDO GLÓRIA DO GOITÁ/CHÃ DE ALLEGRIA - 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:

**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 GONCALVES 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: 1/1/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARCIA MARIA DA CRUZ (não presente no 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: **PEK7613 (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, 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: 273.981-0





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 134ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ
- DEPARTAMENTO INTERMUNICIPAL

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 18E0154000099

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

Competência do Ministério Público nº 18E0154000099

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
Ocorrida no dia 17/12/2017 no PC 134ª da Mearim

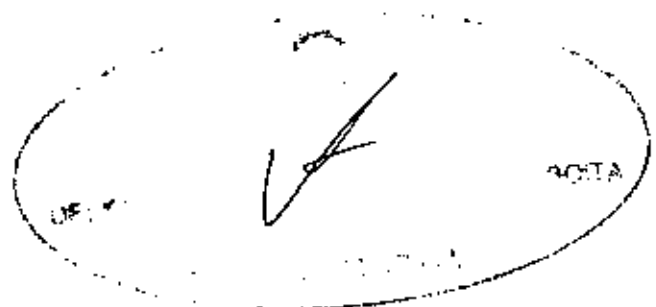
MUNICÍPIO DE GLORIA DO GOITÁ, RODOVIA
DEPARTAMENTO DE GLORIA DO GOITÁ, ZONA RURAL
GLORIA DO GOITÁ, PERNAMBUCO, BRASIL
RODOVIA ESTADUAL

Pessoas envolvidas na ocorrência

Nome: JOELSON DOS SANTOS LEMOS
Data de nascimento: 15/05/1963
Sexo: MASCULINO
Estado civil: CASADO

Objetos envolvidos na ocorrência

Veículo: FORD FALCON 1990, cor: PRETA, placa: 18E0154000099
Marca: FORD, modelo: FALCON, ano: 1990



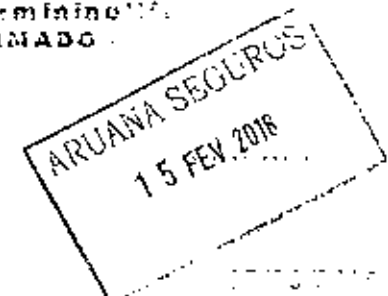
Qualificação do(s) possor(es) do veículo:

JOELSON DOS SANTOS LEMOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino, 15/05/1963
HELENA GONCALVES FERREIRA - JOSILDO DOS SANTOS LEMOS Data de nascimento: 15/05/1963
NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO, BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido, 15/05/1963
DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido, 15/05/1963
NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO, BRASIL

MARCIA APARICIA DA CRUZ (não presente no plantão) - Sexo: Feminino, 15/05/1963
DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido, 15/05/1963
NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO, BRASIL

Qualificação do(s) possor(es) do veículo:



— 200 —

SEGUNDO A VITIMA, ESTE TRANSITAVA PELA ROSOVIA PE-80, NO SENTIDO GLÓRIA DO GOIATÁ, CHÁ DE ALEGRIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E VEIO A CAIR NO CHÃO, TORCENDO LACOS NA ALTURA DA PERNA ESQUERDA. A VITIMA FOI ESTORPECIDA PELO SANGUE, POSTERIORMENTE, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESCUSAÇÃO. NADA MAIS DISSER.

— 22 —

1. *Jelson dos Santos Lima*
JELSON DOS SANTOS LEMOS
(VITIMA)

INVESTIGADOR: JAEDSON DOS SANTOS SILVA - 150450-8



ARUANA SEGUROS
15 FEB 2018



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 64ª 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 17/12/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GLORIA DO GOITÁ, 1, RODOVIA PE-40, SENTIDO GLÓRIA DO GOITÁ/CHÃO 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:

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 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 (VEÍCULO) 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)**

ARUANA SEGUROS

17 MAI 2018

09/05/2018 16:01

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

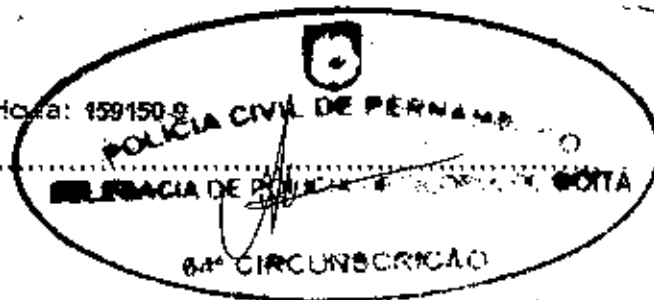
Complemento / Observação

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: 159150-9



ARUANA SEGUROS

17 MAI 2018



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. **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 **17/12/2017** 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 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)**

ARUANA SEGUROS

17 MAI 2018

09/05/2018 16:01

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, POSTERIOEMENTE, 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: 159150-9



ARUANA SEGUROS

17 MAI 2018

Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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 GLORIA DO GOITÁ, 1, RODOVIA
PE-49, 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:

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

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017

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: 1/1/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARCIA MARIA DA CRUZ (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1989 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: **PEX7013 (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, SOPRENDO LESÕES NA ALTURA DA PERNA ESQUERDA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E, POSTERIOREMENTE, 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 Jose de Oliveira Medeiros*
NATHAN JOSE DE OLIVEIRA MEDEIROS - Matrícula: 273.001-0



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. DE LUANA, 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.

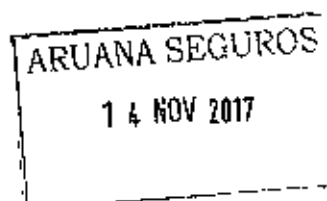
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 IM



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. DELUNA, 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 GOIA-PE, 30/10/2017

Local e data

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017

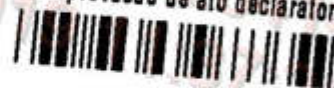


SAMU - CHÃ DE ALEGRIA

Secretaria de Saúde de Chã de Alegria

DECLARAÇÃO

Comprovação de ato declaratório



Declaro para devidos fins que o Sr(a) Joel son dos Santos Lemos
Idade: 23 Data Nascimento: 12/11/93 RG: 8 907 804 CPF: 108 981 114-47
End: R: Cataguita 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

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

17/08/17



192

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



FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 20:48H
 CHEGADA AO LOCAL: 20:55H
 HORA DA CONCLUSÃO: 21:04H

QTC: 358240

DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/10/2017 HORA DA OCORRÊNCIA: 20:48

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Ataque cardíaco VIATURA: UTT () BÁSICA (x)

TIPO/LOCAL DE OCORRÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Joséilson dos Santos Gomes IDADE: 23 ANOS
 SEXO: M (x) F () PROFISSÃO: Carreirista FONE: 985425796
 ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. Catete, 100 - Catete, São Paulo - SP BAIRRO: _____
 NOME DO SOLICITANTE: _____ FONE: _____
 ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: R. Catete, 100 - Catete, São Paulo - SP BAIRRO: _____
 REFERÊNCIA: Residência

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ONIBUS () CAMINHÃO (x) CARRO DE PASSEIO () MOTOCICLETA (x) PLACA: _____
 ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
 ROTOVELO () COLISÃO: PASSAGEIRO () MOTORISTA () BOMBA DE TÍPICO () BOMBA DE FRENTE () USO DO CINTO: S () N ()
 MOTOCICLISTA/MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CAPACETE: S (x) N ()
 AFOGAMENTO/SUBMERSÃO () BOTERRAMENTO ()
 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: Ataque cardíaco
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: Ataque cardíaco

AValiação CLÍNICA

VIA AÉREAS: FR _____ DISPNEIA S () N (x) TIRAGEM INTERCOSTAL: S () N (x)
 OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N (x) SIBLOS EXPIRATÓRIOS S () N (x) BAH: S () 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 (x) N () DIST. FALA/CHORO: S (x) N ()
 CIRCULAÇÃO PA: X PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA (x) INSATISFATÓRIA () PULSO: Fraco
 COLORAÇÃO DA PELE NORMAL: S () N (x) PALIDEZ: S (x) N () CIANOSE: S (x) N () ICTÉRIO: S (x) N ()
 PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S (x) N () SUDORESE: S () N (x) DESIDRATADO: S (x) N ()

Valdemiro Matos
 Enfermeiro
 CORENPE 460298

ARUANA SEGUROS
 14 NOV 2017

EXAME NEUROLÓGICO

AValiação PRIMÁRIA: 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

RESPOSTA MOTORA

Obedece comando

Localiza estímulo doloroso

Retirada ao estímulo doloroso

Flexão anômala (decorticação)

Extensão anômala (descoordenação)

Sem resposta motora

TOTAL PONTOS

15

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DÉFICIT MOTOR ()

AValiação DAS PUPILAS: ISOCÓRICAS ()

DESVIO DE COMISSURA LABIAL ()

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 COLUMNA CERVICAL: S (x) N ()

OXIGÊNIO: CATÉTER () VENTURI (x) CPAP ()

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

VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE FIO2:

ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: 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

USOU ALCOOL: S (x) N () INFORMANTE: VÍTIMA (x) OUTROS () ESPECIFICAR: Wine

HALITO ALCOÓLICO: S (x) N () ALTERAÇÃO NA MARCHA: S (x) N () SONOLÊNCIA/ADORMECIMENTO: S (x) N ()

USOU OUTRAS DROGAS: S () N (x) INFORMANTE: VÍTIMA (x) OUTROS () ESPECIFICAR: crack

LOLO () MACONHA () COLA () COCAÍNA () CRACK () LANÇA-PERFUME () ANFETAMINA () ÉXTASE ()

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)

MACA RETIDA NA UNIDADE HOSPITALAR: S () N (x)

ASSINATURA:

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

PRANCHA RETIDA: S () N (x)

EQUIPE

MÉDICO REGULADOR: Todan

ENFERMEIRA:

MOTORISTA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA:

MÉDICO ASSISTENTE:

SOCORRISTA: Geovani

Exoneração de Responsabilidade

MP Gerardo
Téc. de Enfermagem
044.143.0414

MP Gerardo
Téc. de Enfermagem
044.143.0414

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOELSON DOS SANTOS LEMOSRG nº 086814 0060, data de expedição 05/01/10, Órgão CTPS,

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>GLA DE ALEGRIA</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 VOLTA-PE, 30/10/2017Assinatura do Declarante: X Joelson dos Santos Lemos

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA 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



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social da 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 da Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MELENA GONCALVES FERREIRA LEMOS

CPF: 048.479.244-01 NIS: 16019000711

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CATEQUISTA H DE LUNA 239

CHA DE ALEGRIA/CHA DE ALEGRIA
55835-009 CHA DE ALEGRIA PE

As condições gerais de 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

DATA DE VENCIMENTO

03/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/09/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO
26/09/2017NÚMERO DA NOTA FISCAL
003272398

CONTA CONTRATO

002706061013

Nº DO CLIENTE
2002365565Nº DA INSTALAÇÃO
0000958939

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D2BD.0E52.DE6E.3CFF.5684.D88E.06C6.6E90

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17035803	5,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,29204234	20,44
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	10,00	0,43806351	4,38
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,02
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,34
Contribuição Iluminação Pública			4,61
PRÓ-CRIANÇA-(061)3412-8960 0800 031 8989			3,00
Compensação FIC Mensal 07/17			0,23
TOTAL DA FATURA			38,67

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	31,29	0,64	0,20	31,29	3,00

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18416700	SET 17	110
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28141280	AGO 17	95
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43211800	JUL 17	94
		JUN 17	120
		MAY 17	85
		ABR 17	103
		MAR 17	107
		FEV 17	90
		JAN 17	89
		DEZ 16	107
		NOV 16	84
		OUT 16	88
		SET 16	78

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Geração de Energia	12,87 43,13
Transmissão	1,22 3,93
Distribuição (Celpe)	10,08 32,13
Encargos Sociais	2,99 9,36
Tributos	1,13 3,51
TOTAL	31,29 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DIF. DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

NG32122 CAT 26/08/2017 14.051,00 26/09/2017 15.061,00 32 1,00000 0,00 110,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/10/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2017					
DIC-Mo de horas sem Energia	GLORIA DO GORTA	2,85	5,97	11,34	22,89
FIC-Mo de vezes sem Energia		4,00	3,42	0,93	13,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,15	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,32
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 14,52					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social da Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 28,01.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEBTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TARIFA DE PAGAMENTO
002706061013	09/2017	0,00	03/10/2017	ARUANA SEGUROS

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

14 NOV 2017

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AN 52

www.cengage.com

FIN 122 89340

ENCLOSURE

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-27-2013 BY 60322 UCBAW/STP

As a result of the above, the Commission has concluded that the information provided by the respondent is not sufficient to establish that the respondent is a member of the Communist Party of the United States of America.

NO. 10121420
20050502
W.D. CLIFFE
00570004103
CONTRACT

RESERVADO AO FISCO
DIRETO GERAL DE REVENUE
MONTEVIDEO

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

ATUVA PAGA	AUTENTICAÇÃO MEDICA
------------	---------------------



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 9005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao cliente 24h por dia: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 252 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
do 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 BORBA DA COSTA LEAL
CPF: 558.045.184-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 15 DE NOVEMBRO 33 - A -

CENTRO GLÓRIA DO BOIA
55520-000 GLÓRIA DO BOIA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2016),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, bem como em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

05/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

389,23

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

28/06/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/06/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

003673120

CONTA CONTRATADA

007004020035

Nº DO CLIENTE

290-522150

Nº DA INSTALAÇÃO

0005223873

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

E3DB.4D22.8539.1024.C522.E993.A308.981C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	500,00	0,71248807	356,24
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,48
Contribuição Iluminação Pública			11,25
ICMS Subvenção-CDE-NF 003698501-28/04/17			5,05
Multa por atraso-NF 003698501 - 28/04/17			9,51
Juros por atraso-NF 003698501 - 28/04/17			5,70
TOTAL DA FATURA			389,23

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
357,72	25,00	89,43	357,72	1,30	4,65	357,72	6,21	22,25

Comunicamos o novo pagamento (data) mensal de energia elétrica(s).

VENCIMENTO	DI MENS	VALOR
05/07/17	28/06/17	389,23

Em caso de não pagamento de débitos, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com consequente negativa. Este comunicado não substitui o envio de cobranças, autuções, nem demais atos administrativos em decorrência de inadimplência, sob pena de nulidade e anulação de efeitos.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,71248807

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	DATA	VALOR
500	JUN 17	356,24
437	MAY 17	311,11
848	ABR 17	603,11
755	MAR 17	543,11
685	FEB 17	495,11
345	JAN 17	247,11
516	DEZ 16	381,11
515	NOV 16	380,11
387	OCT 16	291,11
323	SET 16	241,11
279	AGO 16	204,11
296	JUL 16	215,11
352	JUN 16	261,11

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
356,24	91,78
1,48	0,38
11,25	2,91
5,05	1,30
9,51	2,45
5,70	1,47
TOTAL	389,23

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DA UNIDADE	Tipo de Função	Anterior	Atual	Nº DIAS	CONSUMO	ARRETRADO	COMPROMISSO
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
090000003910214835	CAT	28/05/2017	10.630,00	28/06/2017	21.130,00	35	1.000,00
090000003910214835	CAT	28/05/2017	10.630,00	28/06/2017	10.190,00	20	1.000,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/07/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
DEC-Nº de horas sem Energia	GLÓRIA DO BOIA	0,00	5,87	11,34	22,09
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,47	6,93	13,78
DARC-Duração máxima da interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DGRS-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DGRS 12,22
FUSD-Valor da Energia de Uso = R\$ 1,73,84					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de vigência a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente a componente apartida há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL, Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é responsabilizado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
Fator de Potência Média = 0,95.

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-38
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

Duvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

0-727-0167: Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MORGANA BORBA DA COSTA LEAL

CPF: 868.045.184-91

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 15 DE NOVEMBRO 33 -A -

CENTRO/GLORIA DO GOIA
55820-000 GLORIA DO GOIA PE

As condições gerais do fornecimento (Resolução ANTEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celso.com.br

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

CONTA CONTRATO

007004020035

Nº DO CLIENTE

2001825182

Nº DA INSTALAÇÃO

0005228973

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Trifásico

RESERVADO AO FISCO

8240.124F.AC75.3522.1512.D8CD.DA8F.EFB9

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	541,00	0,77545172	419,51
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,79
Acréscimo 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 IGPM-NF 067669033 - 27/06/19			2,85
TOTAL DA FATURA			502,51

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
448,77	25,00	112,19	448,77	0,74	3,32

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES



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 GOIÁ</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55620-000</u>
Email <u>ADSON.ADVOCACIA@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81)9.9526-4343</u>

GLORIA GOIA 6 30 de OUTUBRO de 2017

Local e Data

X Adson Xavier Alves
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017



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>(81)9.9526-4343</u>

GLORIA DO GOIA 6 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

X Adson Xavier Alves
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIA MARIA DA CRUZ,
 RG nº 8585364, data de expedição 12/12/14,
 Órgão SDS-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: MOTOCICLETAModelo: LONDA CG 150Ano: 2011Placa: PEX 7613Chassi: 9CZKC1670BR 506573Data do Acidente: 17/07/17Local e Data: GLÓRIA DO GOIÁ-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 Feitosa - Oficial e Tabelião em Exercício

Reconheço a(s) firma(s) de MARCIA MARIA DA CRUZ,
 AUTENTICIDADE. Embrulmento: R\$ 2,96; TSNR R\$ 0,66; FERC R\$ 40,33;
 Glória do Goitá/PE, 18/08/2017. Em testemunho da verdade
 Fe. Rilton Gomes Feitosa - Oficial e Tabelião em Exercício
 Selo Digital de Fiscalização: 0130021-33009201601-0208
 Consulta de Autenticidade: www.tribal.jus.br/selodigital



ARUANA SECUROS

14 NOV 2017



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: MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 150Ano: 2011Placa: PEX 7613Chassi: 9C2KC1670BR506573Data do Acidente: 17/07/17Local 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 Otávio Blass, 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; FERC R\$ 0,33;

Glória do Goitá/PE, 18/08/2017. Em testemunho da Verdade.

Pê. Rilton Gomes Feitosa - Oficial e Tabelião em Exercício

Selo Digital de Fiscalização: 0130021-TJJ09201601.0208

Consulta de Autenticidade: www.tabeli.us.br/selodigital

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017