



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - CPF do segurado: 867.079.904-97 4 - Nome completo da vítima: JOCEMAN DE JESUS FELIZIANO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: JOCEMAN DE JESUS FELIZIANO 8 - Número: 22 10 - Complemento: 1076 22
7 - Profissão: ROUPAS 11 - Endereço: RUA 53 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53421-261
15 - Nome: ROUPAS 16 - Telefone: (81) 99304-6299

17 - Dados do REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

19 - Renda Mensal do Titular da Conta: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abaixo, Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1601 CONTA: 01-006935 8

21 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

31 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 32 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 33 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

37 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 38 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 39 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

43 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 44 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 45 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

49 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 50 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 51 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

55 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 56 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 57 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438.
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

DADOS DO CLIENTE

JOSE ESPIRIDIAO FELIZARDO
 MCID044P03

CPF 095 287 094-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA CINQUENTA E UM 22 LOTE 22

MARANGUAPE II/MARANGUAPE
 PAULISTA PE
 53421-281

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

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

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
074685791	UNICA	22/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/08/2019	2000453258	2401331

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	137,8000000	0,77545172	108,93
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,87
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,44
Contrib Ilum Publica Municipal			10,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 087646939-28/08/19			1,12

TOTAL DA FATURA

124,64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

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

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh
AGO 19 138
JUL 19 157
JUN 19 166
MAI 19 164
ABR 19 163

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

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

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 24/04/2002
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-06 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE ESPIRIDIAO FELIZARDO
 MCID044F03

CPF 095.287.094-00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA CINQUENTA E UM 22 LOTE 22

MARANGUAPE II/MARANGUAPE
 PAULISTA PE
 53421-261

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
074865791	UNICA	22/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE INSTALAÇÃO
2B/08/2019	2000453258	2401331

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	137,9000000	0,77645172	106,93
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,87
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,44
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 087646939-28/08/19			1,12
			124,64

TOTAL DA FATURA

124,64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3180585271	CAT	22/07/2019	1.827,00	21/08/2019	1.967,00	30	1,00000		140,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
AGO 19	138
Jul 19	157
JUN 19	155
MAI 19	184
ABR 19	163

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	39,27	34,58%
Transmissão	3,94	3,48%
Distribuição (Celpe)	23,68	21,09%
Perdas de Energia	7,53	6,55%
Encargos Setoriais	5,81	4,95%
Tributos	33,01	29,19%
Total	113,24	100%

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA PAULISTA - PAULISTA

GRUPO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1167386

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

Senha de Classificação:

0101

Paciente: 153429 JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/09/1975 Idade: 42 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: TEREZA DE JESUS FELIZARDO Nome do Pai: JOSE ESPIRIDÃO FELIZARDO

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456

Endereço: CINQUENTA E UM - 22 Bairro: MARANGUAPÉ II

Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53421261 Usuário Atendimento: FERNANDA CF

RG (Identidade): 4490300 505 Data de Emissão: 02/10/2002

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 080090087

CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

Peso: _____ Temperatura: _____ Alergia: () Não () Sim Hora: 13:02

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Convulsão clônica e tônico clônica há 30 min. TCE sem
vômito ou diarreia.

História: Hb 6,0 g/dl

Exame Físico:

Alerta, hidratado, em sono agitado
língua cor-de-rosa, mucosas úmidas

Hipótese Diagnóstica:

TCE leve

Exames Complementares:

Rx crânio / base.

Carimbo/Médico

Prescrição / Conduta:

1. Acetaminofeno 500mg a cada 6h
2. Hidratação oral
3. Solicitar transferência p/ CEMR UR 534 5266

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

Hora: _____

() Com prescrição () Encaminhado ao ambulatório de

Transferido Para: _____

Senha: _____

Carimbo / Médico



1167386

() vire

UPA 24 HORAS - PAULISTA

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

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

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

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

ALEXSANDRO MARTINIANO DA SILVA - COREN: 525439 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - ClassificaçãoPrioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**Cor: **AMARELO**

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

Observação: HAS -
DM -
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: DOR DE OUVIDO/GARGANTA

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

Especialidade: CLÍNICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 114.00 BPM
- P.A. SISTÓLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTÓLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO: 95.00 %

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

Data Impressão: 09/08/2019 12:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

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

22. Letícia de Maciel
 02. 11/12 - AMF: 5745268
 217 Solo amarelo
 31/11/14

Dr. [Assinatura]
 Médica
 CRM 17.777

23. 11/12 - AMF: 5745268
 217 Solo amarelo
 31/11/14

Exatidão na análise, com melhora da dor e calma.
 Não houve mais náuseas, vômitos e diarreia.

Exatidão na análise, com melhora da dor e calma.
 Não houve mais náuseas, vômitos e diarreia.

24. 11/12 - AMF: 5745268
 217 Solo amarelo
 31/11/14

Exatidão na análise, com melhora da dor e calma.
 Não houve mais náuseas, vômitos e diarreia.

Dr. [Assinatura]
 Médica
 CRM 17.777

DESTINO:

DATA: ____/____/____

HORA: ____/____

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

() Transferência Local:

Senha: _____

Médico / Cremepet:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

PRONTUÁRIO: 1675220

SEXO: Masculino

DATA NASC: 03/09/1976

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

ATENDIMENTO: 1465744

Leito: 606-L5

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 11/08/2019

Hora: 06:09

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

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

NO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA COMPATIVEL COM POS-OPERATORIO, ACESSO ORAL SEM DÉBITO OU DEISCENCIA, DPM MAXILARES FIRMES AO TOQUE, SEM QUEIXA RESPIRATORIA, SEM QUEIXA VISUAL, MOBILIDADE EM ELEMENTOS DENTÁRIOS 11 E 22, BOCA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ESTÁVEL. PACIENTE SEM QUEIXAS.

HD: FRATURA DE SINFISE MANDIBULAR

CD:
ALTA BMF
AO HUOC
ORIENTO E PRESCREVO

Dr. Demostenes LUIZ
Cirurgião Traumatologista
Bacharel em Odontologia
Pós-graduação em Traumatologia
Cirurgia 1979

Declaro Teria devidos pims que o Sndon
Joemon de Jesus Felizardo, refere acidente
de trânsito no dia 4/8/19 com início
do Tratamento na mesma data, privando
sua saúde física no último tempo

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

Ao Exame: Privado toda orientação, não
desorientado, refere perda de visão lateral,
refere epênia constante, síncope dia.
Não Toma os alimentos com comidas sólidas,
só se alimenta com comida líquida e Pastas.
Refere hipercemia após o acidente de trânsito.

Comun 6/7/19.

Dr. Victor César
Otorrinolaringologista
CRM 11.111

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA PAULISTA - PAULISTA

GRUPPO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1167386

Data e Hora: 05/08/2019 12:58

Senha da Classificação:

0101

Paciente: 153429 JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 03/09/1976 Idade: 42 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: TEREZA DE JESUS FELIZARDO Nome do Pai: JOSE ESPIRIDIAO FELIZARDO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456
Endereço: CINQUENTA E UM -- 22 Bairro: MARANGUAPÉ II
Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53421251 Usuário Atendimento: FERNANDA CF
RG (Identidade): 4400300 S05 Data de Emissão: 02/10/2002
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 98509087
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

Peso: _____ Temperatura: _____ Alergia: () Não () Sim Hora: 13:03

Queixa Principal / História da Doença Atual:

casos de brônquios e coriza há 30 min. TCE sem
vômito ou diarreia.

História: H15 p. 200

Exame Físico:

língua rosada em língua cabeluda
língua rosada em mucosa oral

Hipótese Diagnóstica:

TCE leve

Exames Complementares:

Rx crânio / per.

Carimbo/Médico

Prescrição / Conduta:

1. Analgésico
2. Antibiótico
3. Solicitar transferência p/ CBME UR 534.5266

Destino: () Alta com melhora + Residência () Alastado

() Com prescrição () Encaminhado ao ambulatório de

Transferido Para:

Hora: _____

Senha: _____

Carimbo / Médico



1167386

() vire

UPA 24 HORAS - PAULISTA**PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

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

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

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

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

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**Cor: **AMARELO**

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

Observação: HAS -
DM -
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: DOR DE OUVIDO/GARGANTA

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

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 114.00 BPM
- P.A. SISTÓLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTÓLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO: 98.00 %

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

Data Impressão: 09/08/2019 12:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

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

Rx. Lactose de rosafina
 20. 10/12 - AMF: 544268
 21/12 10/12
 31/12/12

Dr. [Assinatura]
 Médico
 CRM-PR 00.700

1. 10/12 - 10/12 - 10/12

2. 10/12 - 10/12 - 10/12

3. 10/12 - 10/12 - 10/12

4. 10/12 - 10/12 - 10/12

5. 10/12 - 10/12 - 10/12

6. 10/12 - 10/12 - 10/12

Dr. [Assinatura]
 Médico
 CRM-PR 00.700

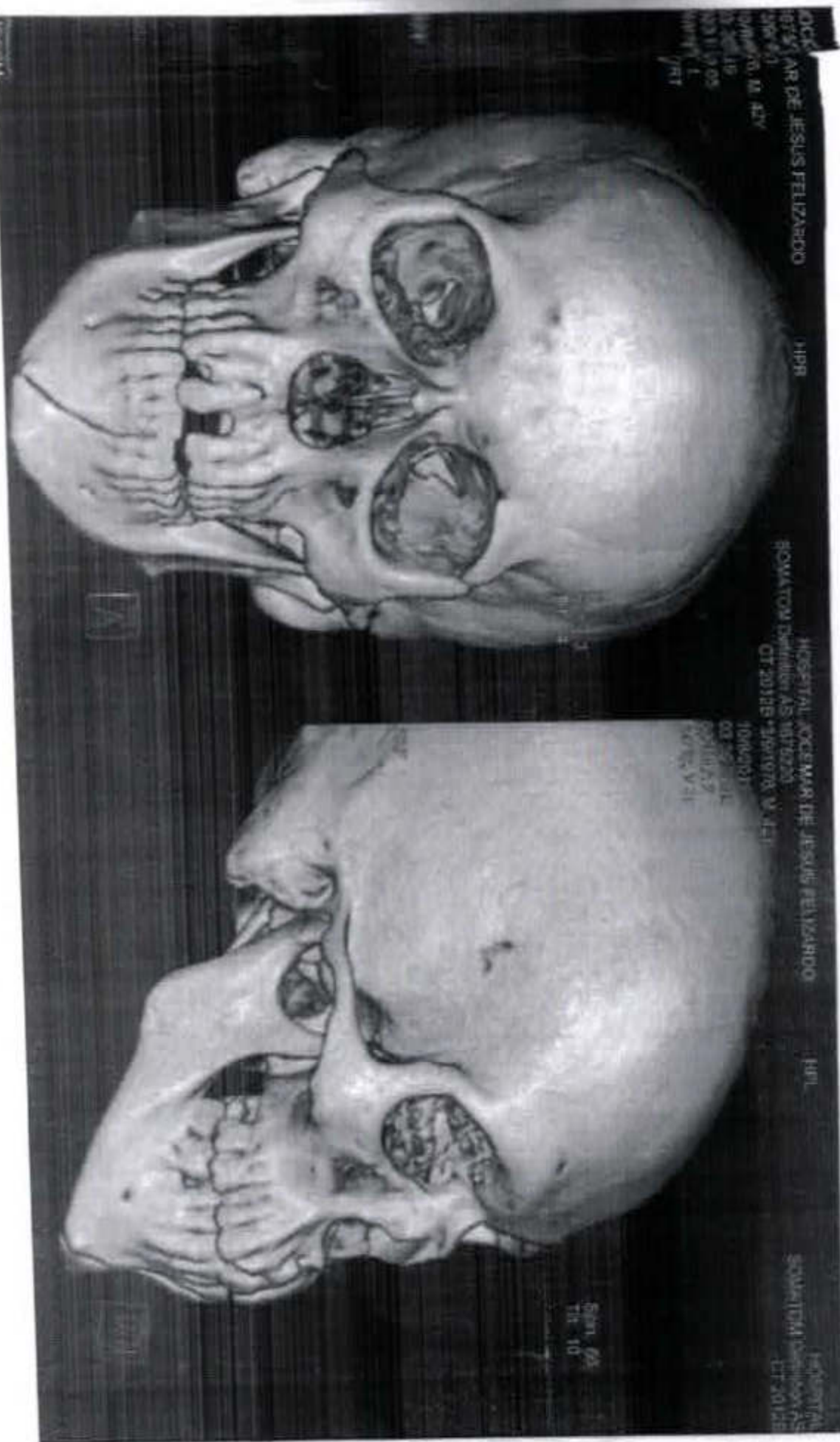
DESTINO:

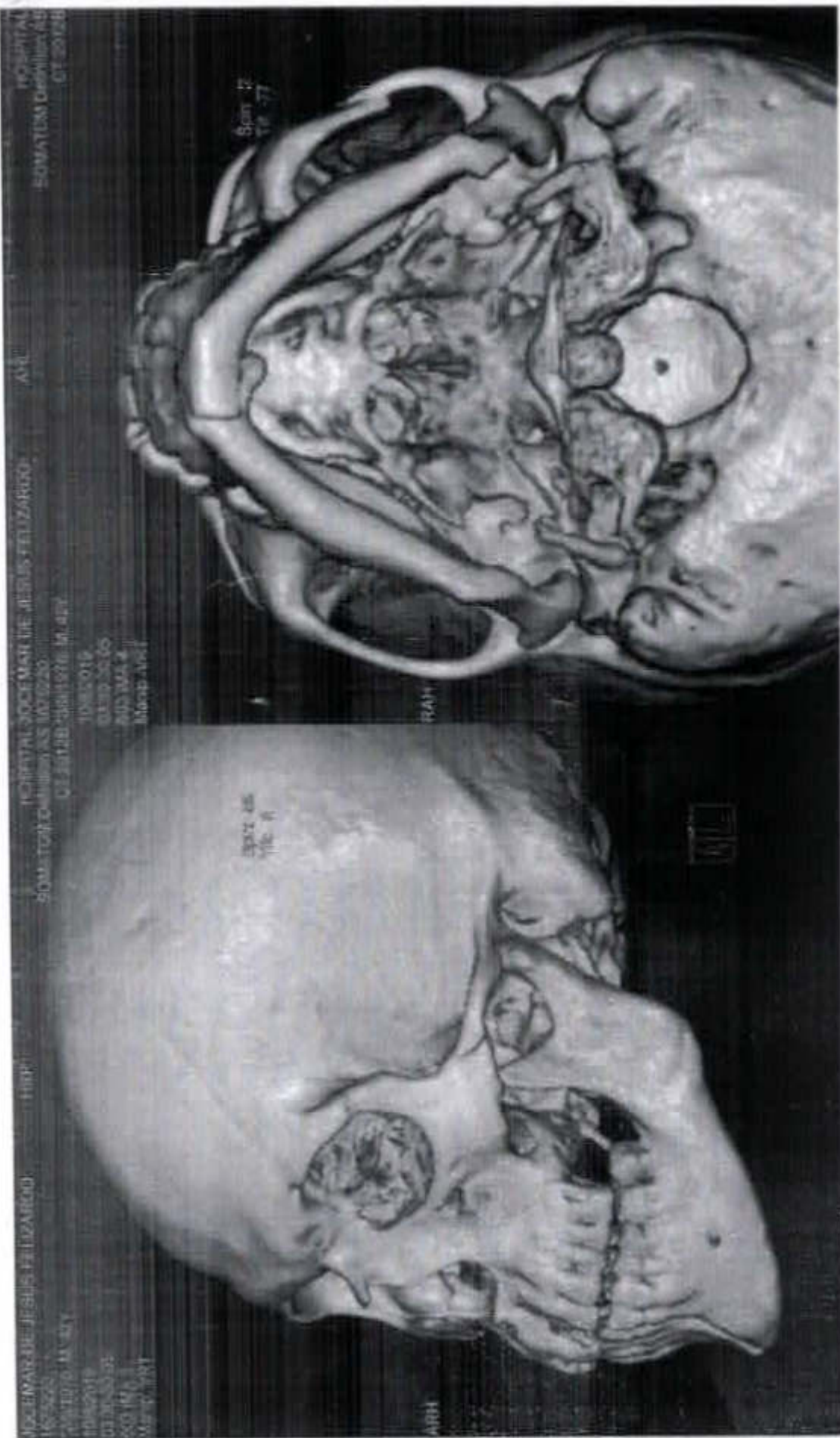
DATA: ____/____/____

HORA: ____/____

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

Médico / Crenepe:





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

Scanned by CamScanner

HOSPITAL DE JESUS FELIZARDO
 NOME: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
 PRONTUARIO: 1675220 SEXO: Masculino DATA NASC: 03/09/1976
 DATA/HORA: 11/08/2019 08:28 ATENDIMENTO: 1465744 Lado: 606-L5

EVOLUÇÃO CLÍNICA

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

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

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA COMPATÍVEL COM POS-OPERATÓRIO, ACESSO PANTIDO SEM DÉBITO OU DEISCENCIA, DPN MAXILARES FIRMES AO TOQUE, SEM QUEIXA RESPIRATORIA, SEM QUEIXA VISUAL, HORTILIDADE EM ELEMENTOS DENTÁRIOS 11 E 22, BOCA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ESTÁVEL. PACIENTE SEM QUEIXAS.

DI: FRATURA DE SINFISE MANDIBULAR

CD:
 ALTA BMF
 AO HUOC
 DAZENTO E PRESCREVO

Dr. Demosthenes Lúiz
 Cirurgião Traumatologista
 Rua Alexandre Gusmão, 1000
 CEP: 52010-040

Scanned by CamScanner

Declaro Teria deixado pino que o Sando
João de Jesus Felizardo, sofreu acidente
de trânsito no dia 9/8/19 com início
do tratamento na mesma data, período
neste acidente ocorreu na via pública
TCE grau 75% e fratura da mandíbula de Fort tipo 2.
Ao exame: Periculado trauma ósseo, não
desviado, refere perda de visão lateral,
refere tontura constante, síncope dia.
Não come e dorme com comida sólida,
só se alimenta com comida líquida e Pastas.
Refere hipercúria após o acidente de trânsito.

Comun 6/7/19.

Dr. Vitor C.
Otorrinolaringologista
CRM-PE 111.111

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 9/8/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 9/8/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João de Jesus Felizardo	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE, fratura dos ossos da face	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento conservador de TCE Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos da face Ata 19/8/19	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? SE POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM ☒ NÃO
COM RELAÇÃO A INCAPACIDADE, PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INCAPACIDADE É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INCAPACIDADE É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1° Traumatismo Torácico. Colapso constante
2° Perda de sinais cognitivos, perda de peso
3° Não consegue se alimentar por alimentos
4° sólidos apenas Pastas.
5° 75% grau

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 9/8/19 A 11/8/19
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Comun

22/11/19

Dr. Vitor C.
Otorrinolaringologista
CRM-PE 111.111

local

data

assinatura e selo



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

86 610 Série 000 35-RE

Numero



Polegar Direito.



Assinatura do portador

Assinatura manuscrita

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Jocemar de Jesus*
Felizardo

Loc. Nasc. *Recife*

Est. *PE* Data *03/09/76*

Filiação *Jose Espiridiao Feli*
zardo e Jereza de Jesus
Felizardo

Est. Civil *solteiro* Doc. N° *2.967*

Fls. *631V* Liv. *04/A* Reg. Civil *nasc.*

Outro doc.

Situação Militar: Doc.

N° Órgão Est

Naturalizado Dec. N° Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. N° Exp. em

Estado

Obs

Data Emissão *23/9/76* DRT *PE*

[Assinatura]
 Assinatura do Funcionário

28/08/2019



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
867.079.904-97

Nome
JOCENAR DE JESUS FELIZARDO

Nascimento
03/09/1976

CÓDIGO DE CONTROLE
F8D4.314E.95ED.B858



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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: TCE, FRATURA DE SINFISE MANDIBULAR

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

**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

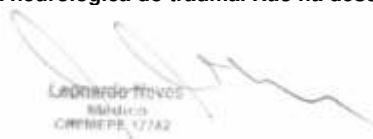
Número do Sinistro: 3190658256
Nome do(a) Examinado(a): Jocemar de Jesus Felizardo
Endereço do(a) Examinado(a): R Cinquenta e Um, 22
Maranguape II Paulista PE CEP: 53421-261
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 4490300
Data local do acidente: [09/08/2019]
Data local do exame: [13/12/2019]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

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE, FRATURA DE SINFISE MANDIBULAR
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE DA FRATURA, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 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, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. NEGA USO DE MEDICAÇÃO. INSISTE EM REALIZAR AS MESMAS PERGUNTAS DURANTE A ENTREVISTA, POREM RESPONDE COM EXATIDÃO AS PERGUNTAS DO ENTREVISTADOR. DEAMBULA LIVREMENTE. FACE SEM ALTERAÇÃO, COM BOA ABERTURA DE CAVIDADE ORAL
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>(X) "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Não há elementos para determinar sequela neurológica do trauma. Não há descrição de lesão cerebral em documentação.

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

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


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416431/19

Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

CPF: 867.079.904-97

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 09/08/2019

Titular do CPF: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO : 867.079.904-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369860/19

Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

CPF: 867.079.904-97

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 09/08/2019

Titular do CPF: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO : 867.079.904-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658256

Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658256

Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190658256 Vítima: JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

Data do Acidente: 09/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00103/00104 - carta_04 - INVALIDEZ



1 - Profissão e(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2011

5 - Nome completo: JOSEMAN DE JESUS FELIZIANO 6 - Nº: 867.079.904-97 7 - Profissão: Nôva 8 - Endereço: RUA 53 9 - Número: 22 10 - Complemento: 107E 22 11 - Bairro: MAMORAPÉ II 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PG 14 - CEP: 53421-261 15 - E-mail: Nôva 16 - INSCRICAO: (11) 99304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

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

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

☐ CONTA POUANÇA (elemento para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (só para bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☐ Agência: ☐ Conta: ☐ Nome do BANCO: SANTANDER (033) ☐ Agência: 3601 ☐ Conta: 01-006935 ☐ 8

Autorizada a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de multa titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

Para a apresentação do requerimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na ocorrência de lesão permanente, desde que eu me submeter a avaliação médica às ordens da Seguradora LIDER para verificação da existência e sustentação das lesões.

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

25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 29 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 30 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 31 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 32 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 33 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 34 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

35 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 36 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 37 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 38 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 39 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo: 40 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

35 - Nome legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - 3ª Nome:

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

43 - Local e Data: PAULISTA (PG), 18/10/2019

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSEMAN DE JESUS FELIZIANO

45 - Assinatura da testemunha: 46 - Assinatura da testemunha: 47 - Assinatura da testemunha:

48 - Assinatura da testemunha: 49 - Assinatura da testemunha: 50 - Assinatura da testemunha:

51 - Assinatura da testemunha: 52 - Assinatura da testemunha: 53 - Assinatura da testemunha:

54 - Assinatura da testemunha: 55 - Assinatura da testemunha: 56 - Assinatura da testemunha:

57 - Assinatura da testemunha: 58 - Assinatura da testemunha: 59 - Assinatura da testemunha:

60 - Assinatura da testemunha: 61 - Assinatura da testemunha: 62 - Assinatura da testemunha:

63 - Assinatura da testemunha: 64 - Assinatura da testemunha: 65 - Assinatura da testemunha:

66 - Assinatura da testemunha: 67 - Assinatura da testemunha: 68 - Assinatura da testemunha:

69 - Assinatura da testemunha: 70 - Assinatura da testemunha: 71 - Assinatura da testemunha:



Santander

free

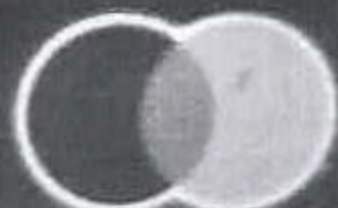


0001 3123 3431 0872

MasterCard

VALID

06/20



mastercard

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

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

Saldo N 73020001-9450

SALDOS

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
BANCO 033 AGENCIA 1601 CONTA 01-006935-8

SALDO CONTA CORRENTE	0.00 +
(+) LIMITE CHEQUE ESPECIAL	0.00 +
(-) SALDO BLOQUEADO	0.00 +
(=) SALDO DISPONIVEL	0.00 +

Informações importantes no verso

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

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

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

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

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

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA 53 9 - Número: 22 10 - Complemento: 607E 22

11 - Bairro: MAMANGAPE II 12 - Cidade: PAVULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53425-265

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00- ☐ SEM RENDA ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (informar o nome do banco abaixo. Aponte uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: SANTANDER (033)

AGÊNCIA: 1601 CONTA: 01-006935

Informar o dígito se existir: (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Foi informada a respeito do laudo do perito da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, informando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões.

Declaro, sob as penas da lei, que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito da contenda, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Data de nascimento da vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da lei, que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem se apresentar e provar que é o único beneficiário, desde que não haja qualquer omissão ou declaração não verdadeira que possa gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da multa prevista no artigo 171 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

34 - Nome legível de quem assina a requisição: 35 - CPF legível de quem assina a requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: PAVULISTA (PE), 18/10/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):



Santander

free

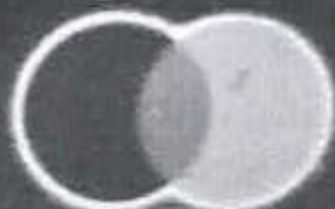


5447 3183 3931 0872

VALIDITY
THRU

VALID
THRU

06/20



mastercard

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO

0047538 TERM PASSAG PE 22 21/08/2019

SANTANDER

09 55 39 (Horário de Brasília)

*****0872

Saldo N 73020001.9450

SALDOS

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

IOCEMAR DE JESUS FELIZARDI

BANCO 033 AGENCIA 1601 CONTA 01-006935-8

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

Informações importantes no verso

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



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

1 of 1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118008224

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

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

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

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



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

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TERESA DE JESUS FELIZARDO Pai: JOSÉ ESPRIDIÃO FELIZARDO Data de Nascimento: 1/07/1978 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4006309/000/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: - 999178228

Exame pênico: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
 Residência: **RUA 51, Nº 22 - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo a: BAIRRO DE MARANGUAPÉ II, 1 - CEP: 80005-000 - Bairro: MARANGUAPÉ - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
Categoria/Marca/Modelo: URBANA/MONARK/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N2
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE) Unitário: 259,00 (REAL)
Descrição: BARRA CIRCULAR.

Complemento / Observação

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

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

. JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO.

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALEXANDRE JORGE M. DOS SANTOS - MAT. 221.388-2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - 27/08/2019 16:41
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

1 of 2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118008224

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

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

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

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(s): DESCONECIDO
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(s): JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO (presente no plantão) - Sexo: Masculino:
TERESA DE JESUS FELIZARDO Pai: JOSE ESPINDILÃO FELIZARDO Data de Nascimento:
1/9/1978 Nacionalidade: BRASILEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4488388/SSO/PE (RG)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: PEDREIRO(A)
Telefones Celulares:
- 882178238

Exame póstumo: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Residência: **RUA 51, N° 22 - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, Próximo a: BAIRRO DE
MARANGUAPÉ II, 1 - CEP: 55055-000 - Bairro: MARANGUAPÉ - II -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

Scanned by CamScanner

28/08/2019 08:41

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

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

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO, ONDE NOS
RELATOU QUE NO DIA 09 / 08 / 2019, PELA MANHÃ, QUANDO ESTAVA PEDALANDO A
SUA BICICLETA, PERTO DO TERMINAL INTEGRADO DE RIO DOCE, OLINDA / PE, UM
VEÍCULO LHE ATROPELOU, FICANDO BASTANTE TONTO; QUE O CONDUTOR DO
VEÍCULO SE EVADIU DO LOCAL; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, QUE LHE
LEVARAM PARA A UPA DE JARDIM PAULISTA BAIXO, ATENDIMENTO 1167386; QUE
NO MESMO DIA, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL A RESTAURAÇÃO.**

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

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO

JOCEMAR DE JESUS FELIZARDO
(VÍTIMA)

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



Scanned by CamScanner