

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jailson Ferreira Inácio, brasileiro(a), Estado Civil Solteiro, Profissão: Músico, RG: 4428654, Expedido: SDS /PE, CPF N°. 02985664438, residente e domiciliado na Ru. Vila Daramandaia, nº 4 Bairro: Tegipio Cidade: Recife /PE

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

P O D E R E S

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula “ad judicium”, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarmar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 28 de Julho de 2019.

JAILSON FERREIRA INACIO
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Jailson Ferreira Inacio
RG 4728657, CPF 029 856 644-38
Residente na Av. Vila Sonomondais Bairro Tegipio
Cidade Ponte, Estado de Pernambuco

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

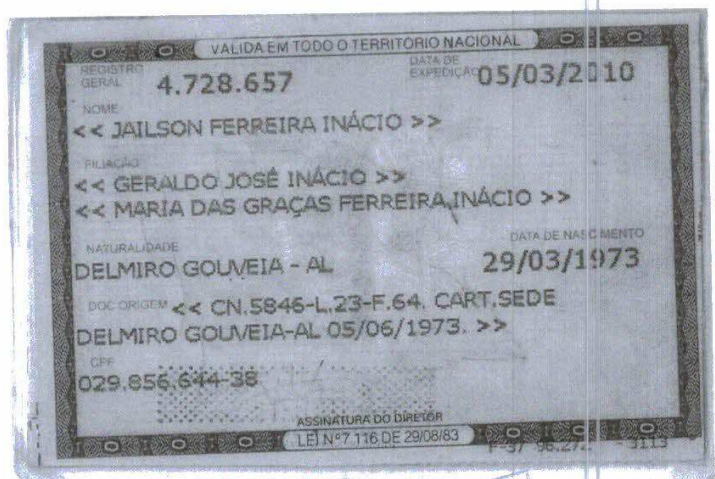
Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 28 de Julho de 2019

JAILSON FERREIRA INACIO

Assinatura do Declarante





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

WILSON FERREIRA INACIO
PROX A ESTACAO DO BARRO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

TV VILA SARAMANDAIA 4

TEJIPIO/RECIFE
RECIFE PE
50920-085

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4011008122	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
16/01/2019	07/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	

17,00

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
045654442	ÚNICA	09/01/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/01/2019	2001524949	3237247

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,53515288	16,054886
Multa por atraso NF: 042062929 - 12/12/18			0,33
Multa por atraso NF: 038246795 - 09/11/18			0,33
Juros por atraso NF: 038246795 - 09/11/18			0,01
Atualização ICPM-NF: 038246795 - 09/11/18			0,01

17.00

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1210	CAT	12-12-2018	1.772,00	09-01-2019	1.772,00	26	1,00000		0,00

BASE DE CÁLCULO		36	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	16,05	0,45	0,37
PIS	16,05	2,08	0,33
COFINS			

Faturado pelo mínimo da base
- Custo de Disponibilidade
- Artigo 88, Resolução ANCEL
414/2010.

TARIFAS APLICADAS.

RESERVADO AO FISCO

2119 036B 190C BCAA 67E1 816B 16AE C1BF

* segue no corpo mais perto de você: firmada do trabalhador, validade 369 dias, com 10 cruzeiros, na rua Severino Norberto 750, há o seta de seta e banners em vigor e a verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na concessão individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga-se em stress grau mais 75% (R\$ 14,00) e 100% (R\$ 14,00) e 120% (R\$ 14,00) e avaliação monetária no prazo máximo de 10 dias conforme Art. 9, XLVII, e a 2, do RDC-RE. O cliente é compensado quando há descompensação no prazo máximo de 10 dias para o atendimento conforme Art. 9, XLVII, e a 2, do RDC-RE.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010) tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição para consulta em todas as unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIAS DAS INTERRUPTORES				
CONJUNTO	VALOR AFORJADO NO JÓQUEI	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,07	10,15	20,30
FIG	0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC	-	-	-	0,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
LICENCIADO VERIFICADO
13 MAI 2010
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 520-000





Secretaria de Saúde do Recife

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 32.14 Hora: 11:46 Recepcionista etienneUnidade de Saúde: Distrito Sanitário: II Data: 21/11/18

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Saúlson Ferreira TrácioData de Nascimento: 29.03.73 Sexo: M - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Parda☐ 4-Amarela ☐ 5-IndígenaEstado Civil: solteiro Escolaridade: Fundamental Profissão: murcoNome da Mãe: maria das Graças FerreiraEndereço: R. Vilg Travença Sardenhã Número: 4 Complemento: 4 CEP: 51100-000Bairro: Porto Município: Recife UF: PEAcompanhante: ValmirProcedência: casa Meio de Transporte: 98516-9883HDA: DM HAT 480 na loja de tempera antidoto Revisado CGIH / PAM 04/12/18 ABR

Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? Ignorado ()

Fator de proteção: Cinto / Capacete Sim () Não () Ignorado ()

Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? Ignorado ()

Indo / Voltando do trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? Ignorado ()

Local de Trabalho: Órgão: Endereço:

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Ir. Jcação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()

Outro () Qual? Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual? Ignorado ()

Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? Ignorado ()

Observações: (F) Orientações ao acompanhamento ambulatorial Após alta!!! local: PAM adversos: presst. socialExame Físico: Reguladas

A: Geral Peso: Estatura: Temp: °C

B: Respiratório

H.E.T.O. 22.25

Cardiovascular	Pulso	bpm	PA:	mmhg
130 x 96				
Exame Neurológico:				
m.c. livre				
Abdomen				
pleurado				
Diagnóstico Inicial:				
D.M. descompensada				
Exames Solicitados:				
Tratamento / Procedimentos:				
Insulina Regular 12 UT/c S.R.L. _____ 500ml V.M. _____ 2cp. W-mulh-OB _____ 1cp. Gluc. 1cp - Soro Repetir H.C. 19:00h. HGT: 367mg/dL PA: 120 x 70 mmHg Assinatura Conselho N.º 10				
Diagnóstico Definitivo:				
Alta / Melhorado () Internamento () Transferência () Óbito Transferido para: 17:30h (294) / Insulina Regular 10 UT/c Médico: 25753158 20:04 Realizada tentativa S.R.L. - 500ml Nome de Responsabilidade para Internamento: W-mulh-OB - 2cp Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessários.				
Data: ____/____/____ Nome Completo Legível: _____ Idade: ____ Assinatura: _____				



C: Cardiovascular	Pulso	bpm	PA:	mmhg
130 x 96				
D: Exame Neurológico:				
m.c. livre				
E: Abdomen				
pleurado				
Diagnóstico Inicial:				
D.M. descompensada				
Exames Solicitados:				
Tratamento / Procedimentos:				
Insulina Regular 12 UT/c S.R.L. _____ 500ml V.M. _____ 2cp. Coumab B _____ 1cp. Placel 1cp - Soro				
HGT = 280 is 24h Repet HGT 19:00h HGT: 367mg/dL PA: 120 x 70 mmHg Assinatura Conselho N° 10				
Data: 20/01/2020				
Diagnóstico Definitivo:				
() Alta / Melhorado () Internamento () Transferência () Óbito				
Transferido para: 17:30h (294) / Insulina Regular 10 UT/c				
Médico: 25733/158 20:04 Realizada tentativa de transfusão pelo SAMU N° 200				
Termo de Responsabilidade para Internamento: - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessários.				
Data: / / Nome Completo Legível: Assinatura:				
N° da Identidade: Assinatura:				





Secretaria de Saúde do Recife

FICHA PARA CONSULTA SUBSEQUENTE



Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____ Data: 21 / 11 / 2019

Registro Nº _____ Cartão SUS Nº: _____

Nome: Jackson Ferreira

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Raça/Cor: ☐ 1. Branca ☐ 2. Preta ☐ 3. Parda ☐ 4. Amarela ☐ 5. Indígena

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

22:30 H.G. + 321 HGT 280

1-Insulina NPH { 16 UI SC antes do almoço
06 UI SC às 22h

HGT de 6/6h 24(297) 6(227)
antes dos suprimidos

*Dr. Fabiana Gama Torrealba
Endocrinologista
CRM 13532*

09/10 HGT 347
CD: Insulina Regular = 60 U SC 09
Repetir HGT após 2h

12:26 HGT 260 = Ins. Regular = 6 U (SC) 12:30
Pac. refusa administração.
CD: S. urine

*Dr. Fabiana Gama Torrealba
Endocrinologista
CRM 13532*

15:30 HGT 301
① Insulina Regular - 06 U SC 17:00
CD: S. urine

*Dr. Fabiana Gama Torrealba
Endocrinologista
CRM 13532*

18h. Aulas SU: 15. Lendo e ouvindo, numerando
e contando as palavras. Baixo nível.
Pouco reflexo. Refusa de ler.
PGR, comente, entenda, escreva nome
① Reflexo de 2g 100ml 24/24h
② Domina 1g + 250ml 6/6h SU
③ HGT 280

*Dr. Fabiana Gama Torrealba
Endocrinologista
CRM 13532*



22/11/18
21:34

Paciente rubro do H60F após mobilização
de mae e com controle de
~~HGT=305~~ glicemia e acompanhamento
ambulatorial.

07: HGT: 315

① exames repetidos 10/18

23:40hs HGT 239 mg/dl

23/11/18
17

9:00hs 280 mg/dl

PA = 120 x 80

10:00 HR PA - 120 x 90 mmHg

FR - 24 RPM

T - 37.1°C

P - 92 BPM

HGT - 301 MG/DL

SAT - 96%

CD: VPM

Idioma em uso laboratorias

Fr 16h

Exame: (23/11/2018)

Hemograma = leucio = 15.000

Hct = 37.9%

Plt = 475.000

Ch = 0.74

W/T = 1.8

W/T = 2.0

CD: Prever tratamento de ITV predominantemente
e início de anti-inflamatórios orais.

Dra. Ana Karla Cabral
Médica
CRM 13996

21/18



21.34

Paciente rubro do H60F após mobilização
de mae e com orelhas de concha de
~~H60F~~ glúmea e acompanhando
ambulatório.

CD: HGT 315

① usuário repetido 10/18

23:40hs HGT 239mg/dl

9:00hs 280 mg/dl

PA: 120x80

10:00 HR PA - 120x90 mmHg

FR - 24 RPM

T - 37.1°C

P - 92 BPM

HGT - 301 MG/DL

SAT - 96%

Dra. Ana Karla Cabral
Médica
CRM 13996

21/40

CD: VPM

1.500 mg/kg Palmitatos

CD: 16h

Envio: (23/11/2018)

Hemograma = Leuco = 15.000

HCT = 37.9%

Plt = 475.000

CH = 0.74

W/T = 1.8

WLT = 2.6

CD: Prevenção tratamento de ITV p. domiciliar
e Início de anti-diabéticos orais.



**ACOLHIMENTO COM
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**
SECRETARIA DE SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

REGISTRO		DATA E HORÁRIO DE CHEGADA / / : :	
NOME		SEXO	
NOME SOCIAL			
ENDEREÇO			
		DATA DE NASCIMENTO / /	IDADE
SITUAÇÃO/QUEIXAS <i>Cefaleia + Tontura + Febre</i>			
HISTÓRICO: <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Asma			
HISTÓRIA CLÍNICA / MEDICAÇÕES ATUAIS <i>HAS — DIA —</i>			
OBSERVAÇÃO OBJETIVA <i>No momento sem febre. Fez uso de Anti-túrmico</i>			
SINAIS VITAIS		Escala de Dor:	
P: ___ bpm	PA: <i>130x95</i> mmHg	<input type="checkbox"/> Ausente (0) <input type="checkbox"/> Leve (1-3) <input type="checkbox"/> Moderada (4-7) <input type="checkbox"/> Intensa (8-10)	
T: ___ °C	FR: ___ rpm	SatO ₂ : ___ % <i>480</i> HGT: ___ mg/dL	
Escala de Coma de Glasgow:			
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input checked="" type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL
DATA DA CLASSIFICAÇÃO <i>21/11/18</i>		HORA DO ATENDIMENTO : :	



21/11/18 16:00h

ORIENTAÇÕES/CONDUTA

no caso de alteração para 4º trimestre

as: sobreto sobre m outofedue

KOF 5561490

Dr. Karla Miranda
Médica
CRM-PE 21.764

REAValiação

HORA

:

ENFERMEIRO(A) Assinatura/carimbo

 **Ouvidoria
Municipal de Saúde**
PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
0800 281 1520



21/11/18 16:00h

ORIENTAÇÕES/CONDUTA

no caso de alteração de 4º. reavaliação

as: Sobrevisto seguir m outoficial

REF 5561490

Dr. Karla Miranda
Médica
CRM-PE 21.760

REAVALIAÇÃO

HORA

ENFERMEIRO(A) Assinatura/carimbo

**Ouvidoria**
Municipal de Saúde
PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
0800 281 1520





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2141000961**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/03/2019** às **11:06**

Complementa o BO Número: **19E2141000783**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 1, PRIMO AO POSTO FISCAL** - Bairro: **PORTO DE GALINHAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO / BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JAILSON FERREIRA INACIO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JAILSON FERREIRA INACIO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JAILSON FERREIRA INACIO



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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JAILSON FERREIRA INACIO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA INACIO Pai: GERALDO JOSE INACIO Data de Nascimento: 29/3/1973 Naturalidade: DELMIRO GOUVEIA / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 4728657/SDS/PE (RG), 02985664438 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MUSICO Telefones Celulares: - 81985169483

Endereço Residencial: **RUA FLORENTINO OLIMPIO DOS SANTOS, 72 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LAUDO MEDICO (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO,**

26/04/2019 16:4





que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRO/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

MOTOCICLETA PLACAS KIU9521 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DADOS DETRAN/PE: PLACA** _____ **KIU9521** _____ **PLACA**
ANTERIOR/UF _____ **CHASSI** _____ **9C6KG017070037564**
_____ **ESPÉCIE TIPO** _____ **PAS MOTOCICLETA** _____ **COMBUSTÍVEL**
GASOLINA _____ **MARCA/ MODELO** _____ **YAMAHA/FAZER YS250**
_____ **ANO FAB** _____ **2006** _____ **ANO MOD** _____ **2007** _____ **CAP / POT / CIL** _____ **2/0/249**
_____ **CATEGORIA** _____ **PARTIC** _____ **COR PREDOMINANTE** _____ **VERMELHA**
PROPRIETARIO: VALMIRLANE HONORATO FERREIRA

Complemento / Observação

DECLARA O O SR. JAILSON FERREIRA INÁCIO QUE TRANSITAVA COM O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA DE COR VERMELHA E PLACAS KIU-9521., QUE O VEÍCULO VW/GOL, DE COR PRATA, PLACAS NÃO ANOTADAS, APÓS UMA BRUSCA MANOBRA (TRANCAMENTO DE VIA), PROVOCOU O SEU DESEQUILÍBRIO E QUEDA. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES. QUE APÓS 6 DIAS DO ACIDENTE SE SENTIU MUITO MAL E SE DIRIGIU AO HOSPITAL, QUANDO FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICISTA E ESTÁ INABILITADO PARA O TRABALHO DEVIDO AS SEQUELAS DO ACIDENTE, APRESENTOU DOCUMENTOS MÉDICOS QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO.

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

JAILSON FERREIRA INACIO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GIL TAVARES PEDROSA** - Matrícula: **273133-9**



26/04/2019 16:47







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2141000783**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/02/2019** às **13:27**

Complementado pelo BO Número: **19E2141000961**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 001, PRIMO AO POSTO FISCAL** - Bairro: **PORTO DE GALINHAS - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JAILSON FERREIRA INACIO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JAILSON FERREIRA INACIO

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JAILSON FERREIRA INACIO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS PEREIRA INACIO** Pai: **GERALDO JOSE INACIO** Data de Nascimento: **29/3/1973** Naturalidade: **DELMIRO GOUVEIA / ALAGOAS / BRASIL** Documentos: **4728657/SDS/PE (RG), 02985664438 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MUSICO** Telefones Celulares: **- 81985169483**

Endereço Residencial: **RUA FLORENTINO OLIMPIO DOS SANTOS, 72 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LAUDO MEDICO (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON FERREIRA INACIO**



26/04/2019 21:17



Categoria/Marca/Modelo: **OUTRO/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

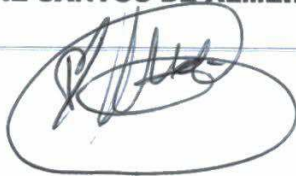
Complemento / Observação

DECLARA O O SR. JAILSON FERREIRA INÁCIO QUE TRANSITAVA COM O VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA DE COR VERMELHA E PLACAS KIU-9521., QUE O VEÍCULO VW/GOL, DE COR PRATA, PLACAS NÃO ANOTADAS, APÓS UMA BRUSCA MANOBRA (TRANCAMENTO DE VIA), PROVOCOU O SEU DESEQUILÍBRIO E QUEDA. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES. QUE APÓS O ACIDENTE SE SENTIU MUITO MAL E SE DIRIGIU AO HOSPITAL, QUANDO FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURAS NAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICISTA E ESTÁ INABILITADO PARA O TRABALHO DEVIDO AS SEQUELAS DO ACIDENTE, APRESENTOU DOCUMENTOS MÉDICOS QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO.

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

**JAILSON FERREIRA INACIO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GILVANE SANTOS DE ALMEIDA** - Matrícula: **319605-4**



26/04/2019 21:11





08/08/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(1)

Buscar no site

A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados : final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190320302 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JAILSON FERREIRA INACIO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JAILSON FERREIRA INACIO

CPF/CNPJ: 02985664438

Posição em 08-08-2019 16:08:43

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00


Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

16/07/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00
------------	------------	----------	------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
24/07/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/UmWqrUWkt+gMYFNJYDfapi_key=X3ndwUbwbtb34EZmjpqEBc9dmX+hZrHYtSVWAyaZq5jM=)

https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=Cj0KCQjw6LoBRDqARIsABlMSbN4xhr-nlCtUmebG... 1/



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/01/2020 15:50:25
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715502502100000055989554
Número do documento: 20012715502502100000055989554

Num. 56918271 - Pág. 8

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

02/01/2020 15:50:25

