

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jailson Ferreira Inácio, brasileiro(a), Estado Civil Solteiro, Profissão: Músico, RG: 2428654
Expedido: SDS /PE, CPF Nº. 02985664438, residente e domiciliado na
Tu Vila Saramandaiá, N°4 Bairro: Terezinópolis
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 judicia”, 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, desarquivar 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 INÁCIO
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Jailson Ferreira Inacio,
RG 47286507, CPF 029 856 644-38,
Residente na TV. Vila Sonoronda, Bairro Tejipio,
Cidade Recife, 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.

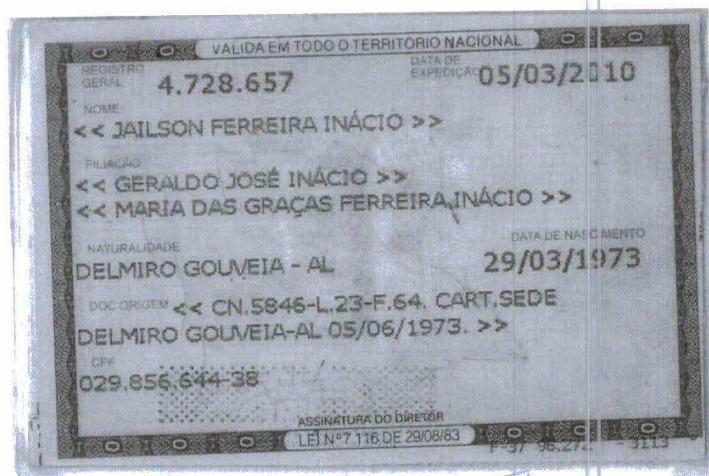
Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 28 de julho de 2019

JAILSON FERREIRA INACIO

Assinatura do Declarante







Secretaria de Saúde do Recife

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA



Registro N°

324114

Hora: 11:46

Recepclonista

Unidade de Saúde:

Distrito Sanitário:

Data:

sthefane
21/01/18

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: *Saúlson Ferreira Faria*
 Data de Nascimento: *29/03/73* Sexo: *15 A* Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Parda
 4-Amarela 5-Indígena
 Estado Civil: *Solteiro* Escolaridade: *Fundamental* Profissão: *funcionário*
 Nome da Mãe: *sons das Graças Ferreira*
 Endereço: *R. Vila Trajano Sarmento 4* Número: *4* Complemento: *4* CEP: *54010-000*
 Bairro: *Porto* Município: *Porto* UF: *PE*
 Acompanhante: *Valmirante*
 Procedência: *caso* Meio de Transporte: *98516-2883*

HDA:

*D M H.A.T 480 na forma de
130190 tontura anti-estético
Revisado
CCIH / PAM*

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. Inalação 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 p/ encaminhamento
ambulatorial após alta!!!
social! PAM*

Exame Físico:

A: Geral Peso: Estatura: Temp: °C

Repetir...

B: Respiratório

H.G.T. 020.25

Cardiovascular

Pulso

bpm

PA:

mmhg

130 & 96

Exame Neurológico:

McLean

Abdomen

leandro

Agностиco Inicial:

2. M. des compas d.

Campos Solicitados:

atamento / Procedimentos

atamento / Procedimentos:
Inserção Rejato 12 UTSC

~~May 11
15
exp~~ S.R.C. 500 ml
V.NL 1 esp. ltr
coconut oil B 1 csp.
flask 1 qt. - 20 ml

Agónstico Definitivo:

Assinatura Conselho Nº

Wita / Melhorada

6.3 Internamente

(a) Transformações

uite

monofunctional

817:304 (294) } Insects in Baja California 10418
HGT

édico: CRM: Data: Hora:
23/11/18 20:06 Realizada tentativa SRT-500
Intituição Freitas Cândido
União médica emergência

Estou ciente das normas de ~~atenção~~ ~~atendimento~~ hospitalar, em que aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos.

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.

Nome Completo Legível



C: Cardiovascular

Pulso

bpm

PA:

mmhg

130x96

D: Exame Neuroológico:

Mn. lica

E: Abdomen

pleurado

Diagnóstico Inicial:

S. M. descompensada.

Exames Solicitados:

Tratamento / Procedimentos:

Inserção Rejuter 12 U + ec

1) S.R.C. _____ 500ml
 V.N.E. _____ ep.
 Colaglob. _____ 1 cp.
 Flesil 10g - SORU

HGT = 280 ms

b. Jus Rejuter

600ml

HGT: 367mg/dL

Dra. Marlúcia Freitas Cândido
 Clínica médica emergência
 CRM: 3333

Data:

Assinatura Conselheiro N°

Diagnóstico Definitivo:

sensação regular no teto da

 Alta / Melhorado Internamento Transferência Óbito

Transferido para:

817:30h (294) | Inserção Rejuter 10U

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

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: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/01/2020 15:50:24

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715502486300000055989552

Número do documento: 20012715502486300000055989552

Num. 56918269 - Pág. 3



Secretaria de Saúde do Recife

FICHA PARA CONSULTA SUBSEQUENTE



Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____ Data: 21.11.11
 Registro N°: _____ Cartão SUS N°: _____
 Nome: Jardson Ferreira
 Data de Nasc: _____ Sexo: _____ Raça/Cor: 1. Branca 2. Preta 3. Parda
 Nome da Mãe: _____ 4. Amarela 5. Indígena
 Endereço: _____

22:30 HGT + 321 HGT 280

1-Insulina NPI+ { 16 DISC ante cypa
 06 DISC in 276 e

HGT de 6/6s 24(297) 6 (227)
 ante des supravis

09.10 HGT 347

CD: Insulina Regular - 60U SC 09
 repetir HGT Amanhã

12.26
 100 HGT 260 = Jirs. Nf (poder) 60 (sr)
 Pac. repre. ausência 12.30
 CD = S. urina

15.30 HGT 301

Dr. Fabiana Gimpala Torreao
 Internacionais
 CRM 16724

① Insulina Regular -
 06U SC

17.00

Manuela Vaz de Brito
 Clínica Médica & Nutrologia
 CRM/PE 18118

Advogada Sra
 Bachosa, 719 Local
 Centro PE CEP 50000-000

IBR. Nexo SU: 15. Lenhos, numerosos
 eunsdos e varicosas Baestica.

Prima Recife. Refue Pjew.

26R, ventre, outado. Alessa nuda
 ① Recife de 15.11.2010. 8

② Domina 1g + 60U 6/6 8
 ③ Hélio Lenhos...



23/11/18
21:34

Paciente subiu do N60F apesar das buzinadas
de mar e das ondas de tempestade.
Respiração glaucomata e acompanhamento
ambulatório.

01: HGT: 315

① usuais reپelos 10/12

Dra. Ana Maria Cabral
Medida
PRM 13996
21/11/18

23:40hs HGT 239 mg/dl

9:00 hs 280 mg/dl

PA = 120x80

10:00 HR PA - 120x80 MMHG

F.R - 24 RPM

T - 37.1°C

P - 92 BPM

HGT - 301 MG/DL

SAT - 96%

CD: VPM

1. Sintomas e laboratórios

16h

Ensayo: (23/11/2018)

Hemograma = leucio = 15.000
HGT = 349 x
PLT = 475.000

Cr = 0.74

UJT = 18

UAT = 28

CD: Prescreve tratamento de ITU p/ domicílio.

2. Início de anti-inflamatórios orais.

2011/8
21.34..

Paciente retorno do N60F após suas bissagens de mar e com queixas de dor nas costas de RPPS com ginecose e acompanhamento ambulatório.

CD: HGT 315

① níveis reais 10/8

Dra. Ana Karla Cabral
Medicina CRM 13996

23:40hs HGT 239 mg/dl

23/11/18 9:00hs 280 mg/dl
PA = 120x80

10:00 HR PA - 120x90 MMHG

F.R - 24 RPM

T - 37.1°C

P - 92 BPM

HGT - 301 MG/DL

SAT - 96%

CD: VPM

1. Sinto enviar laboratórios

27/11/18

Enviu: (27/11/2018)

Hematograma = leucio = 15.000
VET = 37.9 x
PLT = 475.000

CR = 0.74

UJT = 18

UAT = 26

CD: Prescreve tratamento de ITU predominantemente.
- Início de anti...bacterianas 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 |
|--|--------------------|-------|

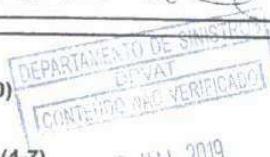
| | | |
|------------------|---|--|
| SITUAÇÃO/QUEIXAS | <p><i>Capelaia + Torreiro + febre</i></p> | |
|------------------|---|--|

| | | | | |
|------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| HISTÓRICO: | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> Asma |
|------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| HISTÓRIA CLÍNICA / MEDICAÇÕES ATUAIS | <i>HPS —</i> |
|--------------------------------------|--------------|

| | | |
|---------------------|--|--|
| OBSERVAÇÃO OBJETIVA | <p><i>No momento sem febre. Fez uso de Anti-Séptico.</i></p> | |
|---------------------|--|--|

| | | | |
|----------------------------|-------------------|--------------------------------|---|
| SINAIS VITais | PA: <i>130x96</i> | SatO ₂ : <i>98%</i> | Escala de Dor: <input type="checkbox"/> Ausente (0) <input type="checkbox"/> Leve (1-3) <input type="checkbox"/> Moderada (4-7) <input type="checkbox"/> Intensa (8-10) |
| P: <i>bpm</i> | FR: <i>rpm</i> | HGT: <i>980 mg/dL</i> | |
| Escala de Coma de Glasgow: | | | |



| |
|--|
| ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
|--|

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



VERMELHO



AMARELO



VERDE



AZUL

DATA DA CLASSIFICAÇÃO

21/11/18

HORA DO ATENDIMENTO

:



21/01/2020 16:00h

ORIENTAÇÕES/CONDUTA

nos níveis de Proteção que se recomenda:
as: solvents seca m ento seco D
KOR 5561490

Dea. Karla Miranda
Médica
CRM-PE 21.769

REAVALIAÇÃO

HORA



ENFERMEIRO(A) Assinatura/carimbo



21/01/2020 16:00:00

ORIENTAÇÕES/CONDUTA

rx nide d fratreel seu 4º reumatismo
as: solveto seco m entosedil B
HOR 556 (490)

Dra. Karla Miranda
Médica
CRM-PE 21.769

REAVALIAÇÃO

HORA

:



ENFERMEIRO(A) Assinatura/carimbo





522490
0159565/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **15/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 1, PRCIMO 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





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

Num. 56918271 - Pág. 2

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 DESEQUILÍBRO 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 MAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICO 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



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

Num. 56918271 - Pág. 3



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

Num. 56918271 - Pág. 4



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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PORTO DE GALINHAS, 001, PRCIMO
 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** Mão: **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)**

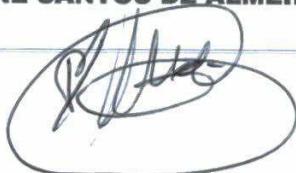
Complemento / Observação

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 DESEQUILÍBRO 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 MAS MÃOS. INFORMA QUE É MUSICO 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



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

Num. 56918271 - Pág. 6



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

Num. 56918271 - Pág. 7



(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; o 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 | Download |

<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=Cj0KCQjwl6LoBRDqARIsABlIMSbN4xhr-nICtUmebG...> 1/



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

Número do documento: 20012715502502100000055989554

Num. 56918271 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 27/01/2020 15:50:25
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012715502502100000559895>
Número do documento: 2001271550250210000055989554

Num. 56918271 - Pág. 9