



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111 - Boa Vista, Recife - PE CEP 50000-902
CEP 10 63h (027330) 08 | fax: 081 32943-93 | www.celpe.com.br

PARTE DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RLA ROSEMIRO ALVES ROLHA 3

CPF 945.234.444-04
CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CENTRO SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE PE
55192-305

7008476460 05/2019
1405/2019 05/06/2019
94,55

VERIFICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Energia (KWh)	115,000000	0,77314197	89,91
Adicional de Bandeira AMARELA			0,38
Contrib. Emissão Pública Municipal			5,45
Contribuição FIC Trimestral 01/19			-0,17

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL 94,55

W DO	Tipo de	Anterior	Atual	W DO	Constante	Adicte	Consumo (KWh)
MESES	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	MESES	DATA	LEITURA	
01/19	CAL	05/01/2019	4.991	07/19	07/01/2019	4.474,00	32
						1.093,00	115,00

DETALHAMENTO DO CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (KWh)	%	Valor (R\$)
01/19	115,00	100%	89,91
02/19	115,00	100%	89,91
03/19	115,00	100%	89,91
04/19	115,00	100%	89,91
05/19	115,00	100%	89,91
06/19	115,00	100%	89,91
07/19	115,00	100%	89,91
08/19	115,00	100%	89,91
09/19	115,00	100%	89,91
10/19	115,00	100%	89,91
11/19	115,00	100%	89,91
12/19	115,00	100%	89,91

CELPE 5000 0731 1944 0031 1980 7407 1408
INFORMAÇÃO DE IMPORTE E VALOR

MINISTÉRIO DA ENERGIA DO BRASIL
AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA
ANEXO 1 - FICHA DE REGISTRO DE CONSUMIDOR

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04 **DATA NASCIMENTO:** 26/07/1974

FILIAÇÃO: JOSE GOMES DE MOURA

ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES ROLHA 3

CIDADE: SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE **UF:** PE

PERMISSÃO: 02378605879 **VALIDADE:** 08/06/2022 **1ª EMISSÃO:** 17/06/2002

ASSINATURA DO CONSUMIDOR: Adriana Maria Moura de A. Fernandes

LOCAL: BRUBIM - PE **DATA EMISSÃO:** 19/04/2017

ASSINATURA DO EMISSOR: [Assinatura]

PERNAMBUCO

ARUANA SEGURODORA
29 AGO 2019

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 112
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JAKSON MANOEL DA TRINDADE
CPF: 089.336.234-42

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE RAMOS NETO 88

STA TEREZA/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
55180-000 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

29/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,15

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
22/08/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
074592086CONTA CONTRATO
007022939178Nº DO CLIENTE
2014934698Nº DA INSTALAÇÃO
0003444587

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

2594.9B70.67A4.28FA.FB64.B954.B9CA.4144

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	63,00	0,77545172	48,88
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,35
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,89
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,87
ICMS Subvenção-CDE-NF 068988914-21/08/19			0,72
Multa por atraso-NF 070793451 - 23/07/19			1,08
Juros por atraso-NF 070793451 - 23/07/19			0,36
Atualização IGPM-NF 070793451 - 23/07/19			0,13
TOTAL DA FATURA			56,15

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
51,79	28,00	12,94	51,79	0,74	0,38	51,79	3,42	1,77

ARUANA SEGURADORA
29 AGO 2019

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54833040

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
AGO 19		63
JUL 19		68
JUN 19		108
MAI 19		132
ABR 19		141
MAR 19		183
FEV 19		180
JAN 19		148
DEZ 18		132
NOV 18		112
OUT 18		68
SET 18		57
AGO 18		98

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	17,58	34,88
Transmissão	1,80	3,40
Distribuição (Cape)	10,52	21,16
Encargos Setoriais	2,57	4,98
Tributos	15,09	29,14
Perdas de Energia	3,44	6,64
TOTAL	51,79	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003154857192	CAT	23/07/2019 3.794,00	22/08/2019 3.847,00	30	1,00000	9,00	63,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	3,16	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,38	6,00	13,20
DMIC-Duração mínima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,23
EURO-Valor de Encargo de Uso = R\$ 16,79					
Todo Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto da vocal farmácia oliveira: avenida bela vista bela vista / pagfecl: r aco paulo
crz ataléia completa em www.celpe.com.br
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007022939178	08/2019	56,15	29/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em sistemas de cobrança automática.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3170436612 3 - CPF da vítima: 089.336.234-42 4 - Nome completo da vítima: JAKSON MANOEL DA TRINDADE

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

5 - Nome completo: JAKSON MANOEL DA TRINDADE 6 - CPF: 089.336.234-42
7 - Profissão: 2 INF 8 - Endereço: JOSE RAMOS NETO 9 - Número: 88 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: STª TEREZA 12 - Cidade: STª CRUZ DO CAP. 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.191-139 15 - E-mail: 8191813907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1038 CONTA: 33842 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, STª CRUZ DO CAP. PE 25-07-19

JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SÉCRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO
C.N.P.J.: 10.091.569/0001-63 CNES: 2344297

Ficha de emergência - Entrada do paciente

Número do atendimento: 151294 - 19/06/2017 16:47:20

Paciente: (50354) JAKSON MANOEL DA TRINDADE SUS 700803433948787

Sexo: Masculino Nascimento: 05/05/1989 Idade: 28 anos

Profissão: COSTUREIRO

Filiação: Mãe: MARIA ANA DA TRINDADE Pai:

Endereço: RUA JOSE RAMOS NETO 88 Bairro: SANTA TEREZA Cidade: SCC

Pressão Arterial: 110 X 60 Pulso: _____

Temperatura: _____ Peso: _____

Histórico da doença atual: *pac. ref. queda de vómito, nfu de um
sembo sup. Enx e pi enx.*

Exame físico:

Diagnóstico provisório:

Conduta:

1 R.C.

2 *Voltar em casa com*

fratura de costela e clavícula

no corpo

Maria Martha
Sec. de Enfermagem
COREN-PA 832.79

Dr. Tiago Costa
CRM 19881

Nayara Mendes
CPF: 100.842.175-05
Médica Interna

Liberação do Paciente: Data: _____ Hora: 19 JUN. 2017

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:

Dr. Tiago Costa
CRM 19881
19 JUN. 2017

CÓPIA AUTORIZADA

ARUANA SEGUROS
08 AGO 2017

**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: 3190507857
Nome do(a) Examinado(a): Jakson Manoel da Trindade
Endereço do(a) Examinado(a): R Jose Ramos Neto, 88 C
Sta Tereza Santa Cruz do Capibaribe PE CEP: 55195-220
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 9049687
Data local do acidente: [19/06/2017]
Data local do exame: [16/09/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS E DE CLAVÍCULA
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE
Data da Alta: 02/08/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EUPNEICO EM AR AMBIENTE, LEVE LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM OMBRO ESQUERDO FLEXÃO 0-120, EXTENSÃO 0-40, ABDUÇÃO 100 ROTAÇÕES DE 0-90.

- 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)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LEVE LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM OMBRO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Jackson Jose Florêncio Junior
Cirurgião / Traumatologista
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17º DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0218002673

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/08/2017 às
15:32**

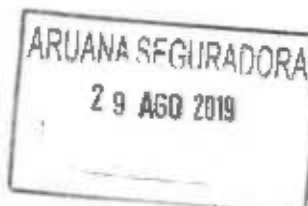
Complementa o BO Número: 17E0218002326

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 19/8/2017 às 16:47**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1,
BAIRRO SÃO JOSÉ - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JAKSON MANOEL DA TRINDADE (VITIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JAKSON MANOEL DA TRINDADE**



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

**JAKSON MANOEL DA TRINDADE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA ANA DA TRINDADE Data de Nascimento: 28/5/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 99933823442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Residência: RUA JOSE RAMOS NETO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 11, SANTA TERESA -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JAKSON MANOEL DA

TRINDADE, que estava em posse do(s) Sr(a): **JAKSON MANOEL DA TRINDADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCL6034** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **8CJB01000R040022**

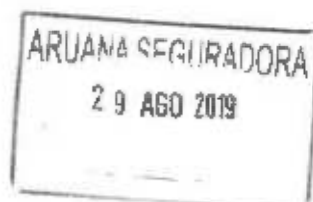
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA: PCL6034 QUANDO OUTRO MOTOQUEIRO EM UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA BATEU NA TRASEIRA DE SUA MOTO ONDE O MESMO VEIO A CAIR E SOFRER VARIAS LESOES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO PELA POPULAR ROSELI MUNIZ BERNADINO, RG 8410207/908/PE.

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

Jakson Manoel da Trindade
JAKSON MANOEL DA TRINDADE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE MARCOS BATISTA DA SILVA** - Matrícula: **319836-0**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0218002326

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/07/2017 às
17:23**

Complementa o BO Número: 17E0218002325

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 19/5/2017 às 16:47**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1,
BAIRRO SÃO JOSÉ - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JAKSON MANOEL DA TRINDADE (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JAKSON MANOEL DA TRINDADE**



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

**JAKSON MANOEL DA TRINDADE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA ANA DA TRINDADE Data de Nascimento: 25/5/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 88933823442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Residência: RUA JOSE RAMOS NETO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 83, SANTA TERESA -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JAKSON MANOEL DA

TRINDADE, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAKSON MANOEL DA TRINDADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCL5634** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **8CJB0100GR040022**

Complemento / Observação

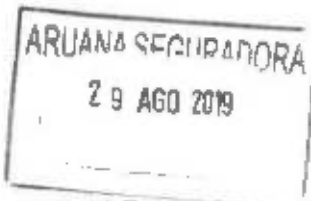
A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA: PCL5634 QUANDO OUTRO MOTOQUEIRO EM UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA BATEU NA TRASEIRA DE SUA MOTO ONDE O MESMO VEIO A CAIR E SOFRER VARIAS LESOES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO PELA POPULAR ROSELI MUNIZ BERNADINO, RG 8410307/SDS/PE.

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

Jakson Manoel da Trindade
JAKSON MANOEL DA TRINDADE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE MARCOS BATISTA DA SILVA** Matrícula: **319938-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0218002325

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/07/2017 às 17:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 19/6/2017 às 16:47

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, BAIRRO SAO JOSE - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JAKSON MANOEL DA TRINDADE (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JAKSON MANOEL DA TRINDADE

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

JAKSON MANOEL DA TRINDADE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe MARIA ANA DA TRINDADE Data de Nascimento: 26/6/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 88933623442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Residência: RUA JOSE RAMOS NETO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO / BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, SE, SANTA TERESA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JAKSON MANOEL DA TRINDADE, que estava em posse do(a) Sr(a): JAKSON MANOEL DA TRINDADE Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO

P116 PCL9534 (FERNANDUCO NÃO INFORMADO) C883: 80J80188QR040822

A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA: PCL9834 QUANDO OUTRO MOTOQUEIRO EM UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA BATEU NA TRASEIRA DE SUA MOTO ONDE O MESMO VEIO A CAIR E SOFREN VARIAS LESOES PELO CORPO

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

JAKSON MENDEL DA TRINDADE
(VITINA)

B.O. registrado por: **JOSE MARCOS BATISTA DA SILVA** - Matrícula: 319933-6

ARUANA SEGURODORA
29 AGO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3170436612 3 - CPF da vítima: 089.336.234-42 4 - Nome completo da vítima: JAKSON MANOEL DA TRINDADE

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

5 - Nome completo: JAKSON MANOEL DA TRINDADE 6 - CPF: 089.336.234-42
7 - Profissão: 2 INF 8 - Endereço: JOSÉ RAMOS NETO 9 - Número: 88 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: STª TEREZA 12 - Cidade: STª CRUZ DO CAP. 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.191-139 15 - E-mail: 15. Tel (DDD): 81 91813907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 1038 CONTA: 33842 9 AGÊNCIA: CONTA:
(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, STª CRUZ DO CAP. PE 25-07-19

JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

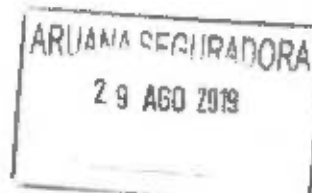
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 13/07/20

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPAN
PAG: 0

AG: 1038 SANTA CRUZ DO CAPIBA OPER: 013 CONTA: 33.842-9
PERIODO: 01052017 ATE: 13072017 CPF: 089.336.234-42
NOME: JAKSON MANOEL DA TRINDADE VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
12/07/2017	121107 DP CX AQUI	0,00000000	5,00 C	5,00



		SALDO EM 12/07/2017 R\$		5,00
F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR	PAG.	
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR	PAG.	F12 FINALI

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190507857

Vítima: JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Data do Acidente: 19/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAKSON MANOEL DA TRINDADE

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, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190507857

Vítima: JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Data do Acidente: 19/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000033842-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190507857

Vítima: JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Data do Acidente: 19/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAKSON MANOEL DA TRINDADE

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAKSON MANOEL DA TRINDADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000033842-9

Nr. da Autenticação F5268268924BAFC3



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JAKSON MANOEL DA TRINDADE

DATA DO ACIDENTE 19-05-2017 CPF DA VITIMA 089.336.234-42

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO EDRILSON MARIANO DE ALBUQUERQUE FERREIRAS

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESSO COM A VITIMA É

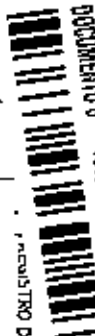
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA

Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE SANTO ALEXANDRE DO SUL UF RS CEP 55190-000

E-MAIL psseguros1994@yahoo.com.br TELEFONE 81.991613907

DOCUMENTO 8 - 1997



INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

INFORMAÇÕES - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

() NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AITA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08.08.17

IDENTIDADE 4.810.389 SSP-RS

ASSINATURA Edilson de Jesus Jr. M. da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME ARIANA SEGUROS

ASSINATURA 08 AGO 2017

ASSINATURA Edilson de Jesus Jr. M. da Silva

ASSINATURA Edilson de Jesus Jr. M. da Silva

MINISTERIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número da Inscrição

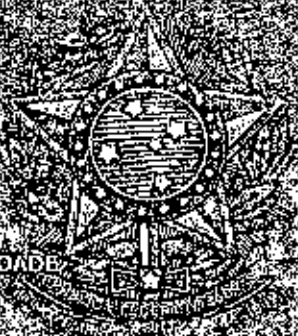
089.336.234-42

Nome

JAKSON MANCELO DA TRINDADE

Nascimento

28/06/1989



DOCUMENTO 6 "T696"



CPF: 089.336.234-42

Emissão: 01/10/2017



CORREIOS

www.correios.gov.br

ARUANA SEGUROS

08 AGO 2017



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 00748 Série 00108



ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome..... Sakson Manoel da Trindade

Loc. Nascimento, Rio de Janeiro, Est. RJ, Data 08/05/1989

Filiação Maria da Graça da Trindade

Doc. No. R6-0713050155-1990-100034739 001610696

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº.....

Exp. em / / Estado,

590

29/10/2020 SRTE 2020-310-6140140-07

Assinatura do Funcionário

NOVA SEGUROS

68 AGO 2017



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE**
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr **JAKSON MANOEL DA TRINDADE** nascido em 08/05/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 19/06/2017 por volta das 16h47min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 30 de JUNHO de 2017.

ARUANA SEGUROS
21 AGO 2017

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
MAT. 514591

Defar

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO
C.N.P.J.: 10.091.569/0001-63 CNES: 2344297

Ficha de emergência - Entrada do paciente

Número do atendimento: 151294 - 19/06/2017 16:47:20

Paciente: (50354) JAKSON MANOEL DA TRINDADE SUS 700803433948787

Sexo: Masculino Nascimento: 03/05/1989 Idade: 28 anos

Profissão: COSTUREIRO

Filiação: Mãe: MARIA ANA DA TRINDADE Pai:

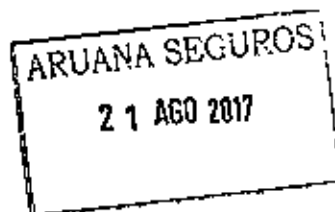
Endereço: RUA JOSE RAMOS NETO 88 Bairro: SANTA TEREZA Cidade: SCC

Pressão Arterial: 110 X 60 Pulso: _____

Temperatura: _____ Peso: _____

Histórico da doença atual: *pac. ref. qtd. de vtr, ref. de um
sembrap. Enx e pi enx.*

Exame físico:



Diagnóstico provisório:

Conduta: 1 R<

2 *Urticaria or As, med*

Fratura de costela e clavícula

no ortopedico

Maria Maria
Méd. de Enfermagem
COREN-PE 892.791

17:11

Liberação do Paciente: Data: _____ Hora: 19 JUN. 2017

Dr. Tiago Costa
CRM 12001

Maysa
CPF: 160.842.172-05
Médica Interna

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:

[Assinatura]

Dr. Tiago Costa
CRM 12001
19 JUN. 2017

sem 3, em 8/

CÓPIA AUTORIZADA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M^{te} MOURA DE A. FERNANDES, portador(a) do

RG nº 4.810.389, expedido por SSP-PE, em

31/10/197, CPF/CNPJ nº 945.234.444-04,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JAKSON

MANOEL DA TRINDADE do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima JAKSON MANOEL DA TRINDADE, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO INFORMAR Renda Mensal: R\$ RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

Adriana M^{te} Moura de A. Fernandes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARJANA SEGUROS

08 AGO 2017



Eu, JAKSON MANOEL DA TRINDADE, portador da carteira de identidade nº 00748 SERIE DD108 e inscrito no CPF/MF sob o nº 089.336.234-22, residente e domiciliado na RUA JOSÉ RAMOS NETO, 88, 5º TERCEIRA Cidade SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado DE RORAIMA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

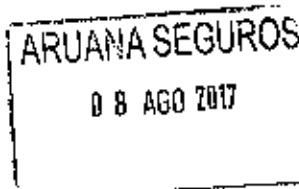
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

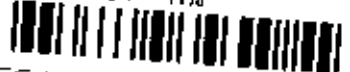
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, 17-07-2017

Local e data





DOCUMENTO 1 "T190"



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1M7ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0218002673**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/08/2017** às
15:32

Complementa o BO Número: **17E0218002326**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 19/6/2017 às 16:47**

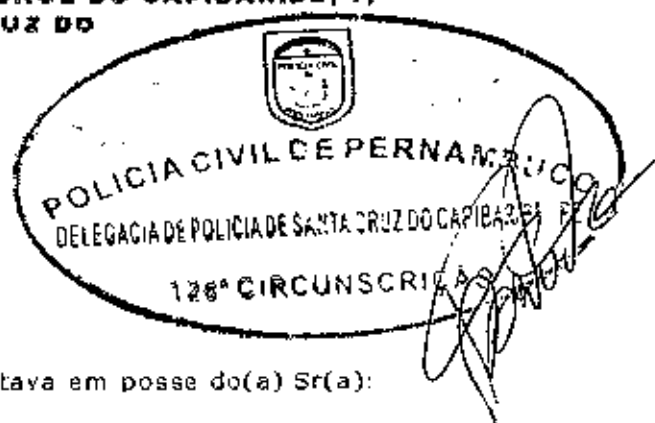
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1,
BAIRRO SÃO JOSE - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JAKSON MANOEL DA TRINDADE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JAKSON MANOEL DA TRINDADE



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

**JAKSON MANOEL DA TRINDADE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA ANA DA TRINDADE Data de Nascimento: 28/5/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 03033623442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Residência: RUA JOSE RAMOS NETO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 05, SANTA TERESA -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JAKSON MANOEL DA

ARUANA SEGUROS

08 AGO 2017/17, 15:20

TRINDADE, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAKSON MANOEL DA TRINDADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCL5634** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9CJB8100GR040822**

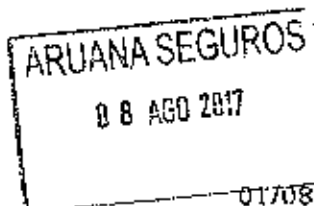
Complemento / Observação

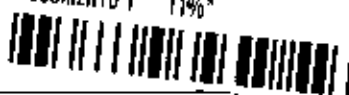
A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA: PCL5634 QUANDO OUTRO MOTOQUEIRO EM UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA BATEU NA TRASEIRA DE SUA MOTO ONDE O MESMO VEIO A CAIR E SOFRER VARIAS LESOES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO PELA POPULAR ROSELI MUNIZ BERNADINO, RG 9410307/SD09/PE.

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

Jakson Manoel da Trindade
JAKSON MANOEL DA TRINDADE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE MARCOS BATISTA DA SILVA** - Matrícula nº 319838





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JAKSON MANOEL DA TRINDADE

PORTADOR(A) DO RG Nº 00748 SÉRIE 00108 EXPEDIDO POR MT-PE EM 29/07/10 E

CPF 089336234-42 / CNPJ _____, PROFISSÃO R. INFORMÁTICA

E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 2.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JAKSON MANOEL DA TRINDADE, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não foi titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1038 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 33.842-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SANTACRUZ DO 17 de Julho de 2017
CAPITÓLIUM-PE LOCAL E DATA

x Jakson Manoel da Trindade
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO ARUANA SEGUROS

08 AGO 2017

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 13/07/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 1038 SANTA CRUZ DO CAPIBA OPER: 013 CONTA: 33.842-9
PERIODO: 01052017 ATE: 13072017 CPF: 089.336.234-42
NOME: JAKSON MANOEL DA TRINDADE VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
12/07/2017	121107 DP CX AQUI	0,00000000	5,00 C	5,00 C

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. F12 FINALIZAR
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300138/19

Vítima: JAKSON MANOEL DA TRINDADE

CPF: 089.336.234-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2017

Titular do CPF: JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JAKSON MANOEL DA TRINDADE : 089.336.234-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/08/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

ARLIANA SECUNDADORA

29 AGO 2019

NOME: JAKSON MANOEL DA TRINDADE
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 9.049.687 SDS-PE CPF: 089.336.234-42
DATA DO ACIDENTE: 19/06/17
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JAKSON MANOEL DA TRINDADE
ENDEREÇO: RUA JOSE RAMOS NETO - 88 - STA TEREZA - SANTA CRUZ DO CAP. - PE.

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA: ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, Nº 03, CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 24 DE JULHO DE 2019.

Cartório de
São Domingos

Jakson Manoel da Trindade

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS

Endereço: José Quintino de Lima - Substitutos: José Quintino de Lima Filho / Leverton Félix da Silva
Rua Lúcio Cecílio de Santana, 317 - Vila de São Domingos - Bairro da Madre de Deus - PE - Fone: (81) 3731-2500

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:

JAKSON MANOEL DA TRINDADE

seio: 0076026.FHV07101904.00178

em 14/07/2019 às 11:12:36 em test^o

CARTÓRIO DE SÃO DOMINGOS



REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS

Leverton Félix da Silva

Emol: R\$1,79 TSNR: R\$0,80 Fm: R\$0,04 Funseg: R\$0,78 Tot: R\$3,41 Outr: INVERTON

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticidade

Leverton Félix da Silva
1º Substituto

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190507857 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAKSON MANOEL DA TRINDADE **Data do acidente:** 19/06/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EUPNEICO EM AR AMBIENTE , LEVE LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM OMBRO ESQUERDO FLEXÃO 0-120, EXTENSÃO 0-40, ABDUÇÃO 100 ROTAÇÕES DE 0-90.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM OMBRO , DIFICULDADE RESPIRATÓRIA LEVE

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JAKSON MANOEL DA TRINDADE
 DATA DO ACIDENTE 19-06-17 CPF DA VÍTIMA 089.336.234-42
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adriana M. M. de A. Fernandes
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Rosemunda Dias da Rocha
 Nº 03 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centro
 CIDADE Sto. Paulo do Par. UF PE CEP 55192305
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 91613907

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28-08-19
 IDENTIDADE 4.810.389.55 PPE
 ASSINATURA Adriana M. M. de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28-08-2019
 NOME Adriana M. M. de A. Fernandes
 ASSINATURA Adriana M. M. de A. Fernandes



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111 - Boa Vista, Recife - PE CEP 50000-902
CEP 10.636 (027330) 08 | fax: 081 32943-93 | www.celpe.com.br

PARTES DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ALIA ROSEMIRO ALVES ROLHA 3

CPF 945.234.444-04
CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CENTRO SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE PE
55192-305

7008476460 05/2019
1405/2019 05/06/2019

94,55

VERIFICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo (KWH)	115,000000	0,77314197	89,91
Adicional de Bandeira AMARELA			0,38
Contrib. Emissão Pública Municipal			5,45
Contribuição FIC Trimestral 01/19			-0,17

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL 94,55

W DO	Tipo da	Anterior	Atual	W DO	Constante	Adicte	Consumo (KWH)
MESES	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
01/19	CAL	05/04/2018	4.991	07/04/2019	4.474,00	33	1.093,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (KWH)	%	Consumo (KWH)	Consumo (KWH)	%
MAI/18	114				
JUN/18	98				
JUL/18	124				
AGO/18	131				
SET/18	85				
OUT/18	86				
NOV/18	100				
DEZ/18	95				
JAN/19	97				
FEB/19	99				
MAR/19	71				
ABR/19	95				

CEP 50000-902 | 081 32943-93 | 081 32943-93

INFORMAÇÃO DE IMPORTE

Fatura requerida para o período de 12 meses. O valor do consumo é calculado com base no valor médio do consumo do período anterior. O valor do consumo é calculado com base no valor médio do consumo do período anterior. O valor do consumo é calculado com base no valor médio do consumo do período anterior.

MINISTÉRIO DA ENERGIA DO BRASIL
SECRETARIA DE ENERGIA ELÉTRICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SUPRIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA

ENDEREÇO
IGMANTO FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO
02378605879

VALIDADE
08/06/2022

1ª ANOTAÇÃO
17/06/2002

LOCAL
SERRINHA - PE

DATA EMISSÃO
19/04/2017

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO
Adriana Maria Moura de Albuquerque Fernandes

ASSINATURA DO GERENTE
Adriana Maria Moura de Albuquerque Fernandes

PERNAMBUCO

ARUANA SEGURODORA
29 AGO 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013177381223
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1116598067 ***** 2017

JAKSON MANOEL DA TRINDADE

S C CAPIBARIBE-PE

089.336.234-42

PCL5634

***** 9C2JB0100GR040822

PA3 MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/POP 110I

2015 2016

2P/109CL

PARTIC

VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

1 *****

2 *****

3 *****

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

S C CAPIBARIBE-PE

31/05/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS FÍSICOS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTIVO DE VIAGEM TERRESTRE, OU RODOVIÁRIO, ATRAVÉS DO
TRANSPORTE DAS CUBAS DE SEGURO DPVAT

PE Nº 013177381223 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JAKSON MANOEL DA TRINDADE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

S C CAPIBARIBE-PE

2017

31/05/17

1 089.336.234-42

PCL5634

1116598067

HONDA/POP 110I

2015

09

9C2JB0100GR040822

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO	DESEMPENHO	CUSTO DO SEGURO
CUSTO DO PRÊMIO	DESEMPENHO	TOTAL DO SEGURO
PREMIO	DESEMPENHO	TOTAL DO SEGURO
PREMIO	DESEMPENHO	TOTAL DO SEGURO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.310.000/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

RIANA SEGURADORA
29 AGO 2019

oiefam

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO
C.N.P.J.: 10.091.569/0001-63 CNES: 2344297

Ficha de emergência - Entrada do paciente

Número do atendimento: 151294 - 19/06/2017 16:47:20
Paciente: (50354) JAKSON MANOEL DA TRINDADE SUS 700803433948787
Sexo: Masculino Nascimento: 03.05.1989 Idade: 28 anos
Profissão: COSTUREIRO
Filiação: Mãe: MARIA ANA DA TRINDADE Pai:
Endereço: RUA JOSE RAMOS NETO 88 Bairro: SANTA TEREZA Cidade: SCC

Pressão Arterial: 110 X 60 Pulso: _____

Temperatura: _____ Peso: _____

Histórico da doença atual: *pac. ref. queda de cabeça, ref. de um
limbo sup. Enx e pi enx.*

Exame físico:

ARIANA REGIADORA
29 AGO 2019

Diagnóstico provisório:

Conduta: 1 R.C.
2 *Wittman de As, med*
Fratura de costela e clavícula

17:11
Márcia M. B. D.
Méd. de Emergência
CRM-PE 852.791

Liberação do Paciente: Data: _____ Hora: 19 JUN. 2017

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:

[Assinatura]

[Assinatura]
Nayara S. S. S.
CPF 100.842.174-05
Médica Interna
Dr. Tiago Costa
CRM-PE 19881
19 JUN 2017

3 en 8 /

CÓPIA AUTORIZADA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Jakson Manoel da Trindade

Atestado de saúde

Atesto p/ os devidos fins, conforme cópia de prontuário de atendimento da UPA de Santa Cruz do Capibaribe, que o Sr. Jakson Manoel da Trindade deu entrada neste mesmo serviço no dia 19/06/17 devido a acidente automobilístico com fratura de costela e clavícula esquerda.

ARUANA SEGURADORA
29 AGO 2019

Data: 24/07/19

Jeruska R. B. Lyra
Médica
CRM 27301

Nome: _____
Medicamento: _____

Rg.: _____

ESF Santa Tereza
Rua: Rio de Janeiro, s/n

Data: _____



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr **JAKSON MANOEL DA TRINDADE** nascido em 08/05/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 19/06/2017 por volta das 16h47min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 30 de JUNHO de 2017.



ATENCIOSAMENTE



JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT. 514591

oefar

DOCUMENTO 5 *T596*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO
C.N.P.J.: 10.091.569/0001-63 CNES: 2344297

Ficha de emergência - Entrada do paciente

Número do atendimento: 151294 - 19/06/2017 16:47:20

Paciente: (50354) JAKSON MANOEL DA TRINDADE SUS 700803433948787

Sexo: Masculino Nascimento: 08/05/1989 Idade: 28 anos

Profissão: COSTUREIRO

Filiação: Mãe: MARIA ANA DA TRINDADE Pai:

Endereço: RUA JOSE RAMOS NETO 88 Bairro: SANTA TEREZA Cidade: SCC

Pressão Arterial: 110X60 Pulso: _____

Temperatura: _____ Peso: _____

Histórico da doença atual: *pac. ref. queda de cabeça, ref. de en-
rumbia sup. Enq. e pi. sup.*

Exame físico:

Diagnóstico provisório:

Conduta: 1 R x

2 *Voltagem em As, ref.*

Fratura de costela e clavícula

no antebraço

Maria Marti
Doc. de Enfermagem
COREN-PE 892.791

Dr Tiago Costa
CRM-12881

Nayara Mendes
CPF 100.842.174-05
Médica Interna

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____ Hora: 19 JUN. 2017

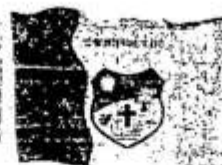
Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:

Dr Tiago Costa
CRM-12881
19 JUN. 2017

CÓPIA AUTORIZADA

ARUANA SEGUROS
08 AGO 2017



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr **JAKSON MANOEL DA TRINDADE** nascido em 08/05/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 19/05/2017 por volta das 16h47min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 30 de JUNHO de 2017.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591



JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr **JAKSON MANOEL DA TRINDADE** nascido em 08/05/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 19/05/2017 por volta das **16h47min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 30 de JUNHO de 2017.

ATENCIOSAMENTE

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE**
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr **JAKSON MANOEL DA TRINDADE** nascido em 08/05/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 19/06/2017 por volta das 16h47min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 30 de JUNHO de 2017.

ARUANA SEGUROS
21 AGO 2017

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043


José Ademir Pereira
Diretor
MAT. 514591

oiefan

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO
C.N.P.J.: 10.091.569/0001-63 CNES: 2344297

Ficha de emergência - Entrada do paciente

Número do atedimento: 151294 - 19/06/2017 16:47:20

Paciente: (50354) JAKSON MANOEL DA TRINDADE SUS 700803433948787

Sexo: Masculino Nascimento: 03/05/1989 Idade: 28 anos

Profissão: COSTUREIRO

Filiação: Mãe: MARIA ANA DA TRINDADE Pai:

Endereço: RUA JOSE RAMOS NETO 88 Bairro: SANTA TEREZA Cidade: SCC

Pressão Arterial: 110 X 60 Pulso: 60

Temperatura: 36,5 Peso: 70

Histórico da doença atual: *pct. ref. qd de vntre, ref de em
smba mp. Enx e pi enx.*

Exame físico:

ARUANA SEGUROS
21 AGO 2017

Diagnóstico provisório:

Conduta: 1 R <
2 *Wiltman or As, and*
Fratura de costela e clavícula
no ortopedia

Maria J. J. J.
Méd. de Emergência
CRM 14.782.79

Liberação do Paciente: Data: 19/06/2017 Hora: 19 JUN. 2017

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:

[Assinatura]

[Assinatura]
Dr. Tiago Costa
CRM 14.782.79
19 JUN. 2017

[Assinatura] 3, em 8/

CÓPIA AUTORIZADA

CARTÃO DE IDENTIDADE

Jakson Manoel da Trindade




ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

EC-12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.049.687 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/06/2019

NOME << JAKSON MANOEL DA TRINDADE >>

PRIMEIRO << >>

SOBRANOME << MARIA ANA DA TRINDADE >>

NATURALIDADE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE DATA DE NASCIMENTO 08/05/1989

DIGITO VERIFICADOR << 077305 01 55 1990 1 00014 239 0016106 76 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE >>

CPF 089.336.234-42

ASSINATURA DO DETECTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

181906295 10060/03722 8677240

ARIANA REGIANORA

29 AGO 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.234.444/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAKSON MANOEL DA TRINDADE inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.336.234/42 do sinistro de DPVAT cobertura INV. da Vítima JAKSON MANOEL DA TRINDADE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.336.234/42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES

29 AGO 2019

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>R. Rosemário Alves da Rocha</u>		Número	<u>03</u>	Complemento	<u>CAR</u>
Bairro	<u>St. Cruz do Cap.</u>	Cidade	<u>St. Cruz do Cap.</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>8191613904</u>		

St. Cruz do Cap. 25 de Julho de 2019
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante