



Número: **0024933-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAKSON MANOEL DA TRINDADE (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65837846	05/08/2020 13:52	ANEXO 1	Outros (Documento)



Num. 65837846 - Pág. 1

ARIANA SEGURODORA
29 AGO 2019

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
007022839178	04/2019	56,15	29/04/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.



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 INR 8 - Endereço: POSE RAMOS NETO 9 - Número: 88 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Sta Tereza 12 - Cidade: Sta Cruz do Cap. 13 - Estado: PE 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - 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\$1.000,00 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ 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 (assinale 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(s)? ☐ 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 2001 PE 25-07-19

Jakson Manoel da Trindade

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF: 002/2019

DOCUMENTO 3 *T3%*



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: pct. ref. queda de cabeça, ref. de en-
rumbos sup. Enx e pi enx.

Exame físico:

Diagnóstico provisório:

Conduta: 1 RC

2 Voltar em casa com

Fratura de costela e clavícula

no ortopedico

Maria M. M.
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 892.79

Dr. Tiago Costa
CRM-19881

Nayara M. M.
CPF-100.042.174-05
Médica Interna

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

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:

Dr. Tiago Costa
CRM-19881
19 JUN. 2017

CÓPIA AUTORIZADA

ARUANA SEGUROS
08 AGO 2017

**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
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
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13621





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

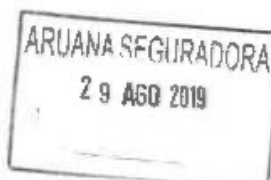
Complementa o BO Número: **17E0218002326**

**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 (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: 28/5/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 00933023442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Residência: RUA JOSE RAMOS NETO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 25, 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(s) Sr(a): JAKSON MANOEL DA

de 2

01/08/17, 15:20

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html



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: **PCL5834** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **8CJB01000R040022**

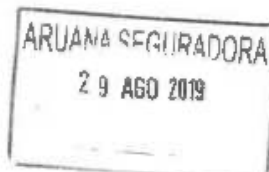
Complemento / Observação

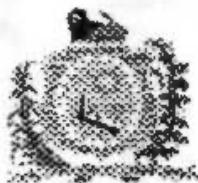
A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA: PCL5834 QUANDO OUTRO MOTOQUEIRO EM UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA BATEU NA TRASEIRA DE SUA MOTO ONDE O MESMO VEIO A CAIR E SOFRER VARIAS LESOES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO PELA POPULAR ROSELI MUNIZ BERNADINO, RG 8410207/998/PE.

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: **319838-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17º 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: 28/5/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 02933623442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Residência: RUA JOSE RAMOS NETO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 03, 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

04/07/17, 17:13



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: **8CJB9188QR649522**

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 8418367/8DS/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**



04/07/17, 17:13





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 - Deloso (Consumado) que
aconteceu no dia **19/6/2017** às **16:47**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO 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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA ANA DA TRINDADE Data de Nascimento: **28/8/1988** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO /**
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **88933823442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Residência: **RUA JOSE RAMOS NETO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO**
BRASIL Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, SE, SANTA TEREZA -**
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: **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**

04/07/17



PAGE FOLIO 34 (FERNAMBUCO) NÃO INFORMADO | CHAVE: 80J80180R040622

A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA: PCL9934 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

JAKSON MONTE DA TRINDADE
(VITINA)

B.O. registrado por: **JOSE MARCOS BATISTA DA SILVA** - Matrícula: 319838-6





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^o INF. 8 - Endereço: ROSE RAMOS NETO 9 - Número: 88 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: Sta. Tereza 12 - Cidade: Sta. Cruz do Cap. 13 - Estado: PE 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - 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:

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 (assinale 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(s)? ☐ 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 20/06/2019 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)

CPF: 002/2019

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	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



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

Date: 13/07/2017 Time: 15:18:34





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 14922645

Pag. 00403/00404 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

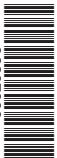
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01111/01112 - carta_15R - INVALIDEZ

00020556





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: INTERRUÇÃO 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

Pag. 01701/01702 - carta_02 - INVALIDEZ

00010851



Carta nº 14760599



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 RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JAKSON MANOEL DA TRINDADE

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

PORTADOR DO DOCUMENTO EDRILSON MARIANO DE ALBUQUERQUE FERREIRA

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

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Rosemário Alves da Rocha

Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE Santhia do Cabo Verde UF PE CEP 55190-000

E-MAIL pessagios1994@yahoo.com.br TELEFONE 81.991613904

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) 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)
- (X) 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 ALTA 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTO 8 "894"

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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAS (ORIGINALS 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, DO 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, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1104

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE -

DATA 09.08.19

IDENTIDADE 810.389 SSP-PE

ASSINATURA Edilson de A. M. da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

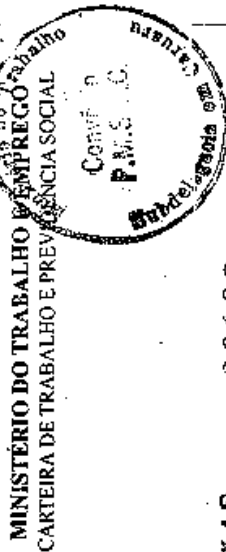
NOME ARIANA SEGUROS

ASSINATURA

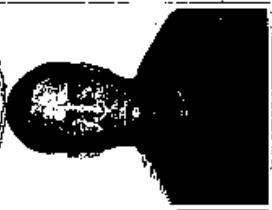
08 AGO 2017

Yoselle Cabral





Número 00748 Série 00108



Assinatura do Portador: Jackson Manoel da Trindade

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jackson Manoel da Trindade
Loc. Nasc. Santa Cruz de Capibaribe Est. PE Data 08/05/1987
Filiação Maria Jéssica da Trindade
Doc. Nº R-033.305.0155.1990.100034.239.004610596

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.
Data Emissão 29/10/2017 SRTE 72228-210-004610596
Assinatura do Funcionário: José Thiago de Oliveira Lima
Cargo: Chefe de Setor de Expediente de Urubites, CTA
Port. SP Nº 100/2006

SENA SEGUROS

08 AGO 2017





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

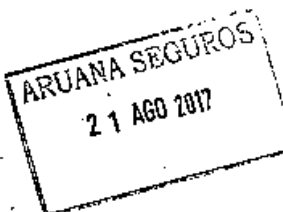
PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE**
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



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.



ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
MAT. 514591



o. e. f. a. m.

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

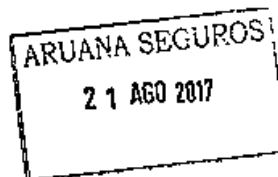
Número do atendimento: 151294 - 19/06/2017 16:47:20
Paciente: (50354) JAKSON MANOEL DA TRINDADE SUS 700803433948787
Sexo: Masculino Nascimento: 05/05/1989 Idade: 28 anos
Profissão: COSTUREIRO
Filiação: Mãe: MARIA ANA DA TRINDADE Pai:
Endereço: RUA JOSE RAMOS NETO 88 Bairro: SANTA TEREZA Cidade: SCC

Pressão Arterial: 110 X 60 Pulso: _____

Temperatura: _____ Peso: _____

Histórico da doença atual: *pac. ref. q. de v. n. e, ref. de em
sembr. mp. Enx e pi enx.*

Exame físico:



Diagnóstico provisório:

Conduta: 1 R <
2 *W/tenem or As, not*
Fratura da costela e clavícula

Maria: Maria
Vol. de Informaç.
CDR N-75.852.791

17:11

no ortopedico

Dr. Thiago Costa
CRM 16551

Nayara Gonçalves
CPF: 100.842.174-05
Médica Interna

Liberação do Paciente: Data: _____ Hora: 18 JUN. 2017

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:

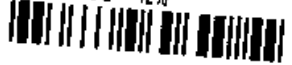
[Assinatura]

Dr. Thiago Costa
CRM 16551
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. Moura de A. Fernandes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARJANA SEGUROS

08 AGO 2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LA

DOCUMENTO 4 "T4%"



Eu, JAKSON MANOEL DA TRINDADE, portador da carteira de identidade nº 00748 SÉRIE 00108 e inscrito no CPF/MF sob o nº 089.336.234-212, residente e domiciliado na RUA JOSÉ RAMOS NETO, 88, 5ºº TERCEIRA Cidade SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise de 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.

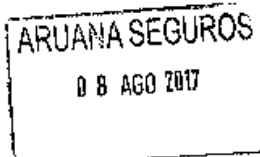
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x JAKSON MANOEL DA TRINDADE

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

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

Local e data



República Federativa do Brasil

DOCUMENTO 2 "T2%"



REISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Jakson Manoel da Trindade

MATRÍCULA

073050155 1990 1 00014 238 0016106 70

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSÃO

DIA

MÊS

ANO

oito de maio de um mil, novecentos e conta e nove

08

05

1989

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE FEDERAÇÃO

14:00

Santa Cruz do Capibaribe - Pernambuco

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

Santa Cruz do Capibaribe - PE

na Maternidade

masculino

FILIAÇÃO

Maria Ana da Trindade

AVÓS

Avós Paternos:

Avós Maternos: Benedito Manoel da Silva e Ana Maria da Trindade

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não

xx

DATA DO REGISTRO POR EXTENSÃO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

seis de setembro de um mil, novecentos e noventa

xx

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO

SELO

ACR041582

CERTIDÃO

ACR041582

CARTÓRIO REGISTRO CIVIL

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

VALIDO SOMENTE COM SELO DE

AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

MANUTENÇÃO

18 AGO 2017

A. Freire de Sousa Cartório
Alicia Freire de Sousa - Titular
Aline Freire de Sousa Ferraz - 2ª Substituta
Santa Cruz do Capibaribe/PE
Av. Rosemário Alves da Rocha, nº 12 - Centro - Fone: (81) 3731 - 3191

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou Fé
19 de julho de 2010

OFICIAL



DOCUMENTO 1 "T196"



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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

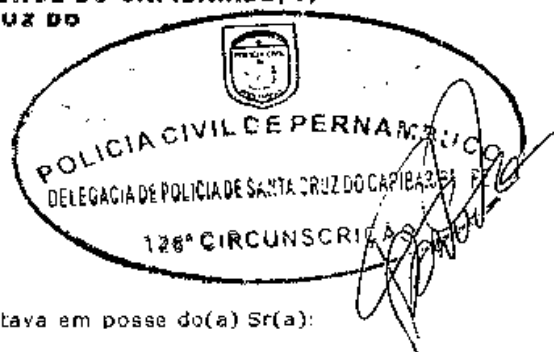
**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 19/6/2017 às 16:47**

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: 28/5/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 00333623442 (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, 15:20

de 2

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html



TRINDADE, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAKSON MANOEL DA TRINDADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **6 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCL8634** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9CJB8180GR049822**

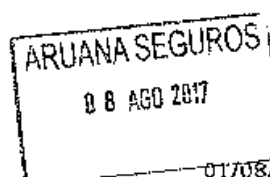
Complemento / Observação

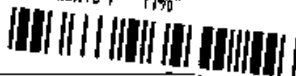
A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA: PCL8634 QUANDO OUTRO MOTOQUEIRO EM UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA BATEU NA TRASEIRA DE SUA MOTO ONDE O MESMO VEIO A CAIR E SOFRER VARIAS LESOES PELO CORPO SENDO SOCORRIDO PELA POPULAR ROSELI MUNIZ BERNARDINO, RG 9410307/509/PE.

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 **319828**





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 SERIE 00108 EXPEDIDO POR MT-PE EM 29/07/10 E
CPF 089336234-42 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO R. INFORMAR
E RENDA MENSAL DE R\$ R. INF. () 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 for 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.

SAMACARA DO 27 de Julho de 2017
CAPIBOTIBE-PE LOCAL E DATA

x Jakson Manoel da Trindade
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO RUANA 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.	

Date: 13/07/2017 Time: 15:18:34

ARQUIVADO

08 AGO 2017



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

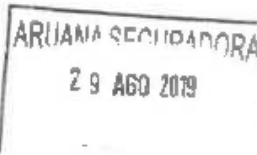
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE



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.



Jakson Manoel da Trindade

ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE





CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS
Tribunal: JOSÉ QUINTINO DE LIMA - Substituído: JOSÉ QUINTINO DE LIMA FILHO / LEVERTON FELIX DA SILVA
Rua Luiz Cecílio de Sant'ana, 217 - Vila de São Domingos - Bairro da Madre do Deus, PE - Fone: (81) 3734-2699

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
JAKSON MANOEL DA TRINDADE
sele:0076026.FHV07101904.06376
dou fe. SÃO DOMINGOS, 14/07/2019 às 11:12:36. Eu test'



Email R\$3,75

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS
REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTARIADO
Leverton Felix da Silva
1º Substituto
Emissão: R\$0,80 Firm R\$0,04 Fimseg R\$0,68 Tot R\$14,91 Oper. LEVERTON
Comissão: R\$200,00 em www.tpe.jus.br/vertrajud

Leverton Felix 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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JAKSON MANOEL DA TRINDADE
 DATA DO ACIDENTE 19-06-17 CPF DA VÍTIMA 089.336.234-42
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA Mª MARQUES A. FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Rosemaria Alves da Rocha
 Nº 03 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centro
 CIDADE Silveira do Sul UF RS CEP 95192-305
 E-MAIL _____ TELEFONE (51) 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, TAL 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DIR: - 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, TAL 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)
- OR: - 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 4.810.389.55PPPE
 ASSINATURA Adriana M. M. de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28-08-2019
 NOME ADRIANA DE OLIVEIRA
 ASSINATURA Adriana de Oliveira





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	
PAS MOTOCICLETA		GASOLINA	
HONDA/POP 110I		2015 2016	
2P/109CL		PARTIC VERMELHA	
IPVA 2017 QUITADO		*****	
SEGURO PAGO		*****	
SEM RESERVA		*****	
S C CAPIBARIBE-PE		31/05/17	
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			

BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PE Nº 013177381223			
JAKSON MANOEL DA TRINDADE			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204			
S C CAPIBARIBE-PE		2017 31/05/17	
089.336.234-42		PCL5634	
1116598067		HONDA/POP 110I	
2015 09		9C2JB0100GR040822	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 08.310.886/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO			

RECEBIDA SEGURADORA
29 AGO 2018



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 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: *pt. ref. queda de cabeça, ref. de um
punho sup. Enx e pi enx.*

Exame físico:

ARIANA REGIADORA
29 AGO 2019

Diagnóstico provisório:

Conduta: 1 RC
2 *W/tenes or As, not*
Fratura de costela e clavícula
no ortopédico

17:11
Médico: *[Assinatura]*
CPF: 100.842.174-05
CONE-78.892.79

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

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:
[Assinatura]
Dr. Tiago Costa
CPF: 100.842.174-05
19 JUN. 2017

[Assinatura]

em 3, em 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.

Data: 24/07/19

Jeruska B. B. Lyra

Médica
CRM 227301

ARIANA SEGURADORA

29 AGO 2019

Nome: _____
Medicamento: _____

Rg: _____

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

Data: _____





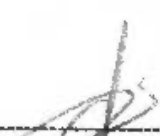
DECLARAÇÃO

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.069043



oiefar

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 atedimento: 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: *pct. inf. quad. de vntre, rfu de en
rmbio sup. Enx e pi enz.*

Exame físico:

Diagnóstico provisório:

Conduta: 1 R x
2 *Wiltonen sr As, mtd*
Fratura de costela e clavícula
no ortopedico

Maria Marta
Sac. de Enfermagem
COREN-PE 892.791

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

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente:

Dr. Tiago Costa
CRM-12081

Nayara Mendes
CPF: 100.842.174-05
Médica Interna

Dr. Tiago Costa
CRM-12081
19 JUN. 2017

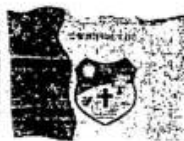
CÓPIA AUTORIZADA

ARUANA SEGUROS
08 AGO 2017





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 19/05/2017 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



JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

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

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe – PE

ARUANA SEGUROS

08 AGO 2017





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 19/05/2017 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

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com

ARIANA SEGUROS

08 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.



ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT. 069043


José Ademir Pereira
Diretor
MAT. 514591



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 NANCEL 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: pct. refer quele de vóme, refer de em
sembrap. Enx e pi enx.

Exame físico:

Diagnóstico provisório:

Conduta: 1 R <
2 6/11/2017 em As. cont
Fratura da costela e clavícula
no ortop. em

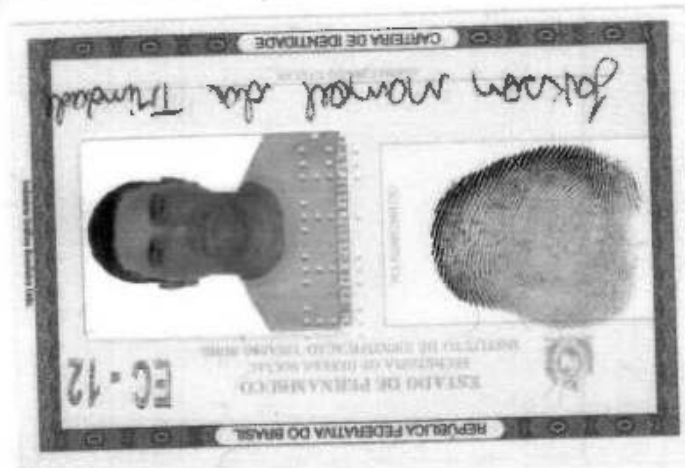
Liberação do Paciente: Data: _____ Hora: 19 JUN. 2017

Carimbo e assinatura do Médico:

Carimbo e assinatura do Atendente: Dr. Tiago Costa
CRM 19081
19 JUN. 2017

CÓPIA AUTORIZADA





ARIANA SECUNDARIA
29 AGO 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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 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. Luz do Cal.</u>	Cidade <u>St. Luz do Cal.</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55192305</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>81 91613904</u>

St. Luz do Cal. 25 de Julho de 2019
Local e Data

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

