

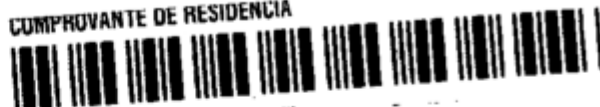
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ JERFESSON DE SOUSA SANTOS

RG nº 8.505.101, data de expedição 22/02/08, Órgão SDS/PE

CPF nº 093.665.404-06 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



1004040

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA - JOÃO BARBOSA
Número	8
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO / POÇO FUNDO
Cidade	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Estado	PE
CEP	55190-000
Telefone de Contato	06715924
E-mail	_____ / _____

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Cruz do Capibaribe - PE 05/12/2013

Assinatura do Declarante: X José Jerfesson de Sousa Santos.

CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8878

(81) 9219.0525 / 3075.8564

(81) 9218.3735 / 8874.8263

31 JAN. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PI ANALISE

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA



www.celpe.com.br

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista
Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03

Data de Vencimento

30/10/2013

Mês / Ano de Referência

09/2013

Total a Pagar (R\$)

32,60

Comercial: 0800 081 0120 | Prontidão: 0800 081 0196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria Celpe: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727 0187 - Ligação gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM VSE

Conta Contrato 0830052011

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS

CPF: 095.921.551-05

NIS: 16377863781

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BARBOSA 8

CENTRO POÇO FUNDO
55190-000 SANTA CRUZ DO CABAIRIBE PE

NÚMERO DA NOTA FISCAL	DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	DATA DA APRESENTAÇÃO
002616094	23/09/2013	23/10/2013

SÉRIE DA NOTA FISCAL	NÚMERO DO CLIENTE	NÚMERO DA INSTALAÇÃO
SÉRIE ÚNICA	2002192518	3447935

Reservado ao Fisco

6C57.2E35.62E3.05E7 BA07 F545 ABD7 877D

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

ATENÇÃO!

A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento das contas de energia citadas	
Vencido	Di reaviso
28/08/13	23/10/13
10/04/12	28/06/12
Valor	Valor
32.04	273.33

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento da energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30 0000000	0 10764572	3 22
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70 0000000	0 18453733	12 91
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	50 0000000	0 27680500	13 83
Contribuição Iluminação Pública			2 71
Pagamento Interrupção Energia			0 07

HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	Consumo (kWh)
SET 13	150
AGO 13	109
JUL 13	120
JUN 13	126
MAI 13	122
ABR 13	163
MAR 13	177
FEB 13	159
JAN 13	112
DEZ 12	30
NOV 12	523
OUT 12	30
SET 12	30

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh	0 10249050
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0 17560800
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0 26354700

TOTAL DA FATURA

32,60

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
Bases de Cálculo	%	Valor do Imposto	Bases de Cálculo	%	Valor do Imposto	Bases de Cálculo	%	Valor do Imposto
			29 96	0 10%	0 29 96	29 96	3 93	1 17

AUTORIZADO POR REGIME ESPECIAL DESPACHO ICMS - RE Nº 049/2011 SEFAZ-PE

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	16 14	53 87
Transmissão	0 60	2 00
Distribuição (Celpe)	10 29	36 35
Encargos Setoriais	0 91	3 04
Impostos	1 42	4 74
Total	29 96	100

Destaque aqui

83 0000000000 00000010000 830052011103 038648002630



09/2013

0830052011

Vcto: 30/10/2013

R\$ 32,60

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

0830052011

CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8828
(81) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9218.3735 / 8874.8263

ATAURIO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

JAN. 2014
Cidade de RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PI ANÁLISE

**Laudo 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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS** Sinistro: **2014081327** Data: **10/11/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOAO BARBOSA, 8 - CENTRO - Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP 55190-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **8505101**

Data local do exame: [**21/02/2014**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Trauma abdominal fechado com lesão renal à esquerda. Vítima evolui com queixa de dor lombar

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Quadro submetido à nefrectomia esquerda total

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

limitação funcional de órgãos abdominais

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
Estruturas retroperitoneais

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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

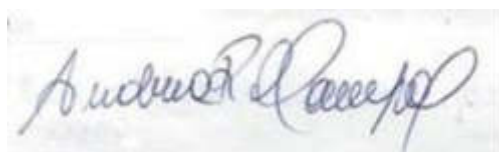
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

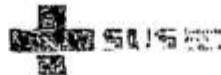
V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



Pernambuco

Nº Transferência 310526
Data da Transferência: 10/11/2013
Hora: 21:07

FICHA DE TRANSFERÊNCIA

Paciente: JOSE GEFERSON DE SOUSA SANTOS

Código do Paciente Na Unidade: 90000000043197 Prontuário:

Sexo: M Data de Nascimento: 15/09/1990 Idade: 23 ANO(S)

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA

Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA

Endereço: VILA POÇO FUNDO

Nº: JATÁUBA - PE

Médico(a) Solicitante: Dr. MARCIO TOMIO SHIMBO Jr.

Hospital de Destino: H.P.A.

Senha

4282645

Condutor: ROBERTO

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*1004

Técnico de Enfermagem: EDNA



Preencher Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

☒ 33 Acidente de Trânsito () 34 Acidente de Trabalho Típico () 35 Acidente de Trabalho Trajeto () 36 Violência

Encaminhamento / Motivo do Encaminhamento / Descrição:

Encaminho paciente vítima de acidente motorístico com trauma costal e dor intensa em a tórax que apresenta hematuria intensa e palidez acentuada mucosa.

Solicitado avaliação de cirurgia

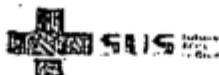
Agradecido,

Dr. Marcio Tomio Shimbo Jr.
MÉDICO
CREMEPE 20 502
Carimbo e Assinatura do Médico(a)

CÓDIGO DA UNIDADE NA CENTRAL DE REGULAÇÃO: 2403

RUA EXPEDICIONARIO INACIO ALEIXO DE ARAUJO, S/N - CENTRO FONE(81)3746-1151 - C.N.P.J.: 10.091.544/0001-91





FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Paciente: JOSE GEFERSON DE SOUSA SANTOS

Código do Paciente Na Unidade: 900000000043197 Prontuário:

Sexo: M Data de Nascimento: 15/09/1990 Idade: 23 ANO(S)

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA

Endereço: VILA VILA POÇO FUNDO

Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA

Nº JATAUBA - PE

Responsável/Trazido por: O MESMO

Recepcionista: SÉRGIO BRÊNO DE SOUSA

Técnico de Enfermagem EDNA MARIA GUIMARÃES

Médico(a): DR. MARCIO TOMIO SHIMBO Jr.

Pressão Arterial: x Pulso: Temperatura: Peso:

Doenças Condições Referidas e ou Alergias:

Preencher Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

() 33 Acidente de Trânsito () 34 Acidente de Trabalho Típico () 35 Acidente de Trabalho Trajeto () 36 Violência

Descrição:

Histórico da Doença Atual:

Queda de moto com dor e traumas costal

Diagnóstico Provisório

Conduta:

Tenoxicam 1 Pp ... 180 CV

Observação:

HRA
4282645

Atendimento(s) Anterior(es) Data do Atendimento e Diagnóstico Provisório

+ 10/11/2013

Última Consulta Realizada

10/11/2013

Data da Liberação do Paciente

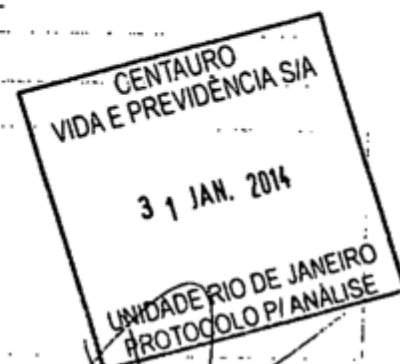
Dr. Marcio Tomio Shimbo Jr.
Médico
CREMEPE 20 502

Hora: : h

Carimbo e Assinatura do Médico(a)

Carimbo e Assinatura do(a) Técnico Enfermagem

Assinatura do Recepcionista





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o (a) paciente
Sr. (a) José Jeferson de Souza Santos
Esteve internado nesta Unidade Hospitalar do dia 10/11/2013 a 16/11/2013

REGISTRO: 2010221

Diagnostico: Trauma Abdominal Fechado + Lesão de Rim Esquerdo

Tratamento: Laparotomia Exploradora + Nefrectomia Esquerdo.

OBS: Vitima de Acidente de Transito.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

09 794 97510269 27
FUSAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - P. 55.000-000
Caruaru - PE

Caruaru. 20 de novembro de 2013

Alexsandro da Silva Araújo
Médico - 2022 do R.A.
Médico: 12450
Arquivo (SAME)

BR 232 KM 130 - S/N - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.002-970
Fones - 3719 9351 / 3719 9400 Fone/Fax E-mail:hospitalregional



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Jose Jefferson de Souza SantosProntuário: 210221Data: 10/11/13 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Trauma abdominal fechado + lesão de rim esquerdo

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de cirurgia geral

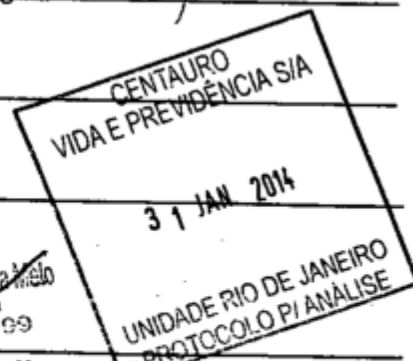
TRATAMENTO REALIZADO:

Doaparectomia exploradora + Nefrectomia esquerda dia
12/11/13 (Dra. Enio) + ATB (ciprofloxacina)Vta Hospitalar: Data: 16/11/13

A.12 A.

Data: 20/11/13Hora: 10:00h +Médico: Baiguer

Hora: _____

Ass. do Médico e GRM
Carimbo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.505.101 22/02/2008

<< JOSÉ JERFESSON DE SOUSA SANTOS >>

<< GERALDO PEDRO DE SOUSA >>

<< MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA >>

BREJO DA MADRE DE DEUS - PE 15/09/1990

<< CN.8612 L.08 F.151V CART.1ºDIST.
JATAÚBA-PE 21.08.1992 >>

LEI N° 7.116 DE 2006

F-28 41.428 - 4331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

01R32

José Jerfesson de Sousa Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



Cartão de uso pessoal e intransferível.
Carregar e apresentar junto com um documento de identidade.

ABR/2008

CORREIOS

www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPE

093.665.404-06

JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

15/09/1990

CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8823
(81) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9218.3735 / 8874.8263

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

1 JAN. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO DE ANÁLISE

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: 27/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000018383-2

Nr. da Autenticação 73FDC4D027F96619

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010334595557
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 984946365 HNTRC ***** EXERCÍCIO 2013

NOME
JANAILSON DE SOUSA SANTOS

3 C CAPIBARIBE-PE

CPF/CNPJ 093.665.414-70 PLACA KLV2178

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C2KD03208R031039

ESPECIE TIPO FAS MOTOCICLETA/ COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS K3 ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC/COTAS
IPVA 2013 QUITADO 1# *****
FAIXA I PVA PARCELAMENTO/COTAS 2# *****
A 1 ***** 3# *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
3 SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL DATA
3 C CAPIBARIBE- 18/10/13

Maria de Fátima Bezerra R. Costa

DIRETORA-GERAL DE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 010334595557 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

093.665.414-70 CPF/CNPJ PLACA KLV2178

JANAILSON DE SOUSA SANTOS

3 C CAPIBARIBE-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010334595557 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 18/10/13

VIA 1 093.665.414-70 CPF/CNPJ PLACA KLV2178

RENAVAM 984946365 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS K3

ANO FAB. 2008 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KD03208R031039

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

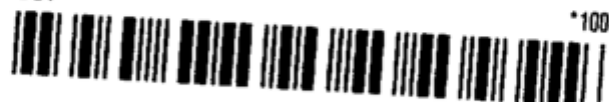
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PLO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO FAZ PARTE OBRIGATORIO

DUT



1004032

CENTAURO
VIDA E PREVIDENCIA S/A

31 JAN. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PI ANALISE



OUTROS

**Aviso de Sinistro DPVAT**

Código: 577272

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa KLV-2178/PE		
Nome da Vítima JOSE JEFESSON DE SOUSA SANTOS		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 15/09/1990	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 093.665.404-06	Data Ocorrência 10/11/2013

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 13E0201000469 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOSE JEFESSON DE SOUSA SANTOS	Vítima	VITIMA	15/09/1990	55190-000	093.665.404-06

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações: _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência _____

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



Registro de Sinistro

DP.: _____ 111

Processo: _____

Código: _____ 577272



081327

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro MR ASSESSORIA	
BO Nº 13E0201000469	Data BO 29/11/2013	DELEGACIA DP JATAUBA			
Placa KLV-2178/PE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motonefa/Motocicleta/Triciclo			IML	
Nome da Vítima JOSE JEFESSON DE SOUSA SANTOS			Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ	
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 15/09/1990	Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 093.665.404-06	Data Ocorrência / Hora 10/11/2013 / 19:50
Cidade SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	UF PE	CEP 55190-000	Telefones		
Email atendimento@salek.com.br					
Qtde. Benef. 1	Data Óbito	Médico NC	Valor(INVALIDEZ) 0,00		

Beneficiários						
Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Dt. Nasc.	CPF/CNPJ
			Complemento	Bairro	Cidade	UF
JOSE JEFESSON DE SOUSA SANTOS	55190-000	RUA JOAO BARBOSA 8	Vítima	VITIMA	15/09/1990	093.665.404-06
OUTROS				RECUSOU INFORMAR.		
Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 1038 C/P 18383-2						

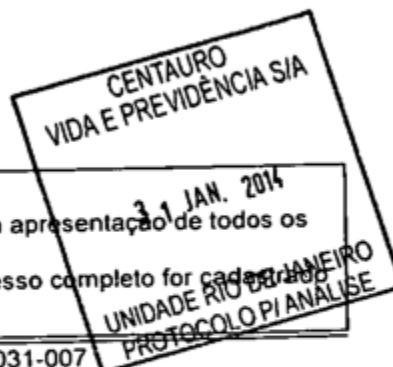
Histórico		
Data	Usuário	Situação
29/01/2014 19:34:12	MSA LUANA	Pré-Cadastro não analisado
29/01/2014 19:34:19	MSA LUANA	Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO 41 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007
Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402
e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 577272 e a data de nascimento 15/09/1990 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 8.505.101EXPEDIDO POR SDS/REEM 22/02/08 ECPF 093665404-06 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AUTÔNOMO

E RENDA MENSAL DE R\$ NAO POSSUÍ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE JERFESSON DE S. SANTOS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susp 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÍ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 3038 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 18383-2

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

LOCAL Santa Cruz do Capibaribe DATA 15/12/2013ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) x José Jerfesson de Sousa Santos

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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CENTADRO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 JAN 2014

UNIDADE DE JANEIRO
PROTOCOLADO

Caixa ECONOMICA FEDERAL | LINHA AZUL | AUTO ATENDIMENTO | 16/12/2013

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

AG: 1038. SANTA CRUZ DO CAPIBA OPER: 013 CONTA: 18.383-2 ;
PERIODO: 01112013 ATE: 16122013 CPF: 093.665.404-06
NOME: JOSE JERFESSON DE SOUSA S VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
09/12/2013	100000	DP DINH AG	0,000000000	50,00 C	50,00 C

SALDO EM 13/12/2013		R\$	50,00	C
F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.		
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR	





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 111A. CIRCUNSCRICAO - JATAUBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 13E0201000469

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/11/2013 às 09:53

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/11/2013 às 19:30

Fato ocorrido no endereço: SÍTIO IMPERIAL, 1 - Bairro: ZONA RURAL - Município: JATAUBA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO À LANCHONETE
Local do Fato: VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA LAGOS (NOTICIANTE)
JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS

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

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



(NOTICIANTE) - MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA LAGOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SOUZA; Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA Data de Nascimento: 23/8/1987;
Nacionalidade: JATAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 7382297/5054PE (RG), 88178286488 (CPF) Estado Civil: CASADO(A); Escolaridade: 1°. GRAU INCOMPLETO;
Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: 96716924
Endereço Residencial: RUA JOAO BARBOSA, 2, Q. VILA DE POÇO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NAO INFORMADO
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(VITIMA) - JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA; Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA Data de Nascimento: 19/9/1990; Nacionalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 8805101/5054PE (RG), 93288548488 (CPF) Estado Civil: SEPARADO(A); Escolaridade: 1°. GRAU INCOMPLETO;
Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: 97877828
Endereço Residencial: RUA JOAO BARBOSA, 2, Q. VILA DE POÇO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NAO INFORMADO
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / NXR160 BROS - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NAO INFORMADO
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NAO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NAO INFORMADA)

Placa: KLVZ178 (PERNAMBUCO / SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: 984340068 Chassi: 9C2K063288R031629

CENTAUR
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 JAN. 2014

UNIDADE DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANÁLISE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 11ª CIRCUNSCRICAO - JATUBA

BOLETIM DE OCORRENCIA N.º 13E0201000468



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/11/2013 às 09:53

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Construcao) que aconteceu no dia 10/11/2013 às 19:50

Fato ocorrido no endereço: SÍTIO IMPOBRES, 1 - Bairro: ZONA RURAL - Município: JATUBA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO À LANCHONETE Local do Fato: VIA PUBLICA - Pôlício: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA LAGOS (NOTICIANTE)
JOSE FERRESSON DE SOUSA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na direção da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FERRESSON DE SOUSA SANTOS

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

(NOTICIANTE) - MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA LAGOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
MARIA DE LOURDES DA SILVA SOUZA: Pôlício: GERALDO PEDRO DE SOUZA O 111 de Nascimento: 25/01/1957; Nascimento: JATUBA, PERNAMBUCO, BRASIL
Documento: 1333333333 (RG), 0817828660 (CPF) Estado Civil: CASADO(A); Escolaridade: 1.º GRAU INCOMPLETO;
Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 97373234
Endereço Residencial: RUA JOAO BARBOSA, 8, VILA DE POÇO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PERNAMBUCO, BRASIL
Estado Civil: NÃO INFORMADO
Dados Contato: NÃO INFORMADO

(VITIMA) - JOSE FERRESSON DE SOUSA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUZA: Pôlício: GERALDO PEDRO DE SOUZA O 111 de Nascimento: 25/01/1957; Nascimento: JATUBA, PERNAMBUCO, BRASIL
Documento: 1333333333 (RG), 0817828660 (CPF) Estado Civil: SEPARADO(A); Escolaridade: 1.º GRAU INCOMPLETO;
Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 97373234
Endereço Residencial: RUA JOAO BARBOSA, 8, VILA DE POÇO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PERNAMBUCO, BRASIL
Estado Civil: NÃO INFORMADO
Dados Contato: NÃO INFORMADO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FERRESSON DE SOUSA SANTOS
Categoria: Modelo: MOTOCICLETA 1 HONDA 150 BROS - Objeto apreendido: NÃO - Número de Série: NÃO INFORMADO
Detalhes: Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unidade: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Local: 1111111111 (PERNAMBUCO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: 00000000000000000000

95000000000000000000

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Page 2 of 2

Ano fabricação/Modelo: 2003 / 2003 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE A VÍTIMA PILOTAVA A MOTOCICLETA NO ENDEREÇO CITADO QUANDO NÃO PERCEBEU QUE HAVIA UM "QUEBRA MOLA" E PASSOU RÁPIDO NO MESMO, A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAIR, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE JATAÚBA ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS.

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

Maria Gisélia da Silva Souza Lago
MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA
LAGOS
(NOTICIANTE)



[Signature]
B.O. registrado pelo policial LAUDENIRO SANTOS DE FREITAS - Matrícula: 319790-6



Ano 1 2008 2008 1 2008 Companhia Casolima

Complemento \ Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE A VÍTIMA PILOTAVA A MOTOCICLETA NO ENDEREÇO CITADO QUANDO NÃO PERCEBEU QUE HAVIA UM "QUEBRA MOLAS" E PASSOU RÁPIDO NO MESMO. A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAIR. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE JATUBÁ ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS.

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

MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA
LACS
(NOTICIANTE)

B.O. registrado pelo policial LAUDENIRO SANTOS DE FREITAS - Matrícula: 219390-9



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, JOSÉ JERFESSION DE SOUSA SANTOS

Portador da carteira de identidade(RG) nº 8.505.101 e inscrito no CPF sob o nº 093.665.404-06, residente e domiciliado na RUA - JOÃO BARBOSA, N°08, POÇO FUNDO, cidade SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado PE, 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 perícia 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.

José Jerfession de Sousa Santos

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Santa Cruz do Capibaribe - PE 05/12/2013

Local de data

CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8823
(81) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9218.3735 / 8874.8263

CENTAUR
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

JAN. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
RUA DO PIANALISE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014081327**Cidade:** Santa Cruz do Arari**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS**Data do acidente:** 10/11/2013**Emissor do parecer:** Roberto Martins Albuquerque**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 19953

PARECER

Diagnóstico:	Trauma abdominal fechado com lesão renal à esquerda.
Descrição do exame médico pericial:	Vítima evolui com queixa de dor lombar.
Resultados terapêuticos:	Quadro submetido à nefrectomia esquerda total.
Sequelas permanentes:	Limitação funcional de órgãos abdominais.
Sequelas :	Com sequela
Data da perícia:	21/02/2014
Conduta mantida:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	Andrea Rodrigues Madeira Campos
UF do CRM do médico:	PE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100	1	50

Valor avaliado: 6.750,00