

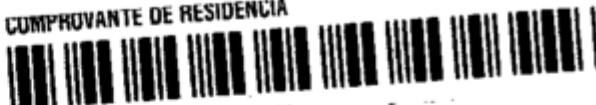
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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 RESIDÊNCIA



"1004040"

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA - JOÃO BARBOSA
Número	8
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO / POÇO FUNDO
Cidade	SANTA CRUZ DO CAIABARIBE
Estado	PE
CEP	55190-000
Telefone de Contato	96715924
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.



**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 suscetível 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

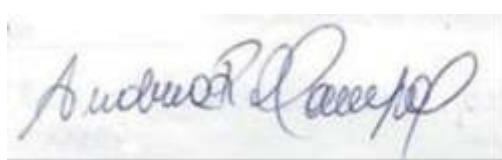
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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

FICHA DE TRANSFERÊNCIA

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

Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA

Endereço: MEIA VILA POÇO FUNDO

Nº JATAÚBA - PE

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

Hospital de Destino: H.P.A

Senha: 4282645

Condutor: ROBERTO

*10041

Técnico de Enfermagem: EDNA

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



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 / Descricao:

On caminho paciente vítima de acidente motorizado com trauma costal e dor intensa em abdomen que apresenta hematuria intensa e palidez cutânea mucosa

Solicitado avulsão de cirurgião

Agradecido,
 Dr. Marcio Tomio Shimbo Jr.
 MEDICO
 CRM PE 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.: 10.091.544/0001-00



FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Nº Atendimento

10/11/2013

Data do Atendimento

20:36:45

Hora do Atendimento

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: Maria de Lourdes da Silva Santos Souza

Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA
JATAÚBA - PE

Endereço: VILA POÇO FUNDO

Nº

Responsável/Trazido por: O MESMO

Recepção: SÉRGIO BRÉNO DE SOUSA

Técnico de Enfermagem EDNA MARIA GUIMARÃES

Médico(s): Dr. MARCIO TOMIO SHIMBO Jr.

Pressão Arterial: x

P脉:

Temperatura:

Peso:

Doenças, Condições Referidas 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 de Doença Atual:

Queda de moto com dor e fratura costal

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

Tenox 2000 1P - 180 CV

HRA
4282645

Observação:

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

* 10/11/2013

Última Consulta Realizada:

10/11/2013



Data de Liberação do Paciente: 20/11/2013
Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a): Dr. Marcio Tomio Shimbo Jr.

Hora: ____ : ____ : ____ h

Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a):

Carimbo e Assinatura do(a) Técnico Enfermagem

Assinatura do Recepção

Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N - Centro CEP 55.180-000 Fone (81)3746-1151 Fax(81)3746-1132 - Jataúba - PE,
C.N.P.J. 10.091.544/0001-60 CNES 2433788

UNIDADE MISTA ANA ARGEMIRA CORREIA
C. N. P. J 10.091.544/0001-60
Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N
Centro - Jataúba - PE - CEP 55.180-000



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

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

Diagnóstico: Trauma Abdominal Fechado + Lesão de Rim Esquerdo

Tratamento: Laparatomia Exploradora + Nefrectomia Esquerdo.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

TC 9794 975/0269 27
FUSAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - S/N 55000-000
Caruaru - PE

Caruaru, 20 de novembro de 2013

Alexsandro da Silva Araújo
Assinatura: ...
Data: 20/11/2013
Número: 12457
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

**CENTAUR
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTÓCOLO PI/ANALISE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

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

DIAGNÓSTICO:

Trauma abdominal fechado + lesão do rim esquerdo

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

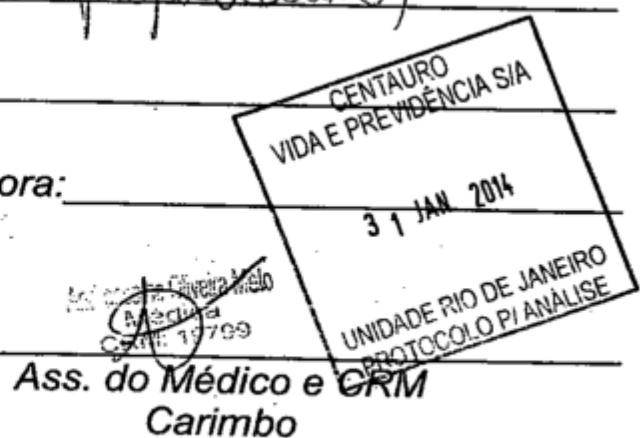
Redomar ao ambulatório de cirurgia geral

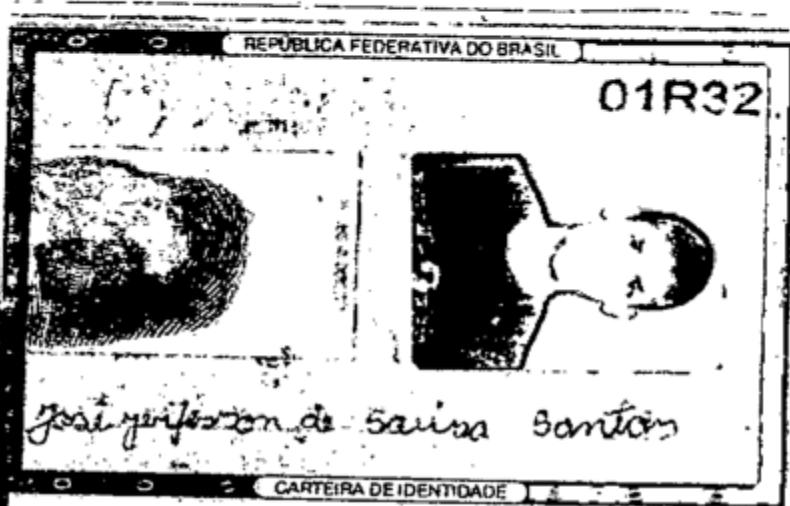
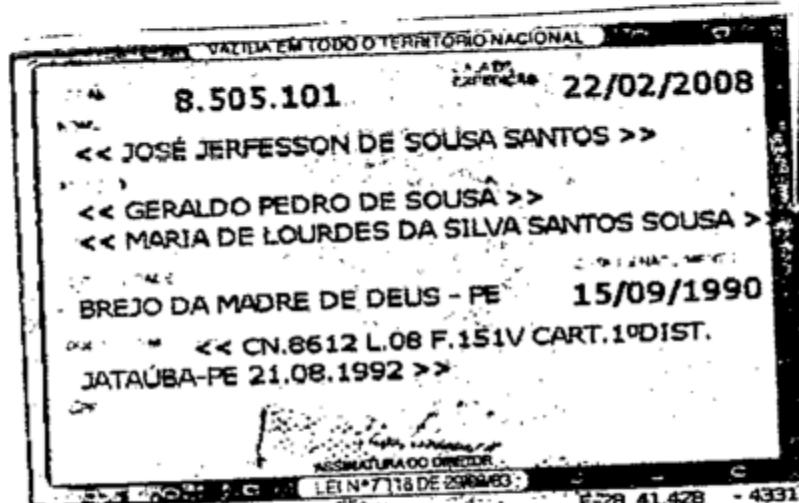
TRATAMENTO REALIZADO:

laparotomia exploradora + nefrectomia esquerda dia
12/11/13 (Dr. Enio) + ATB (ciprofloxacino)Vida Hospitalar: Data: 16/11/13

Hora: _____

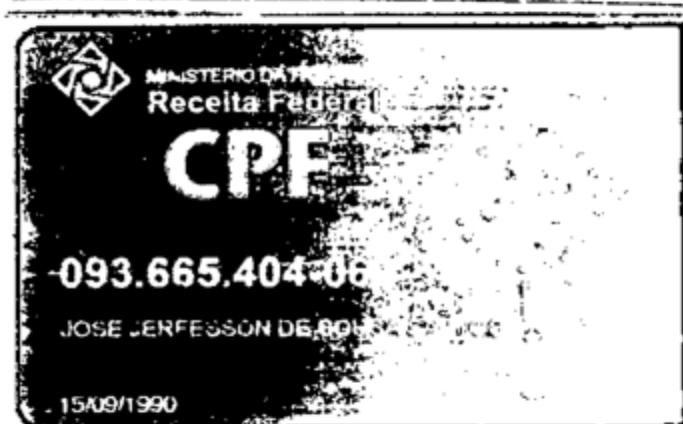
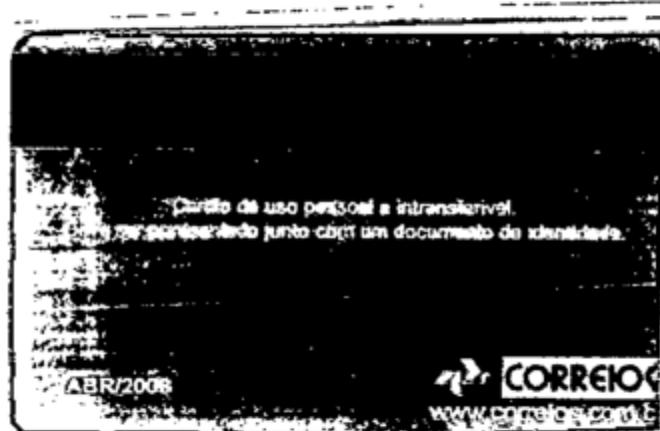
A-12A

Data: 20/11/13Hora: 10:00hMédico: Baiano nov.



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

100403



CONTATOS
 (81) 3491.0360 / 3431.8823
 (81) 9219.0525 / 3075.6564 1 JAN. 2014
 (81) 9218.3735 / 8874.8263

CENTAUR
VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
1 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTÓCOLO PIANALISE

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:

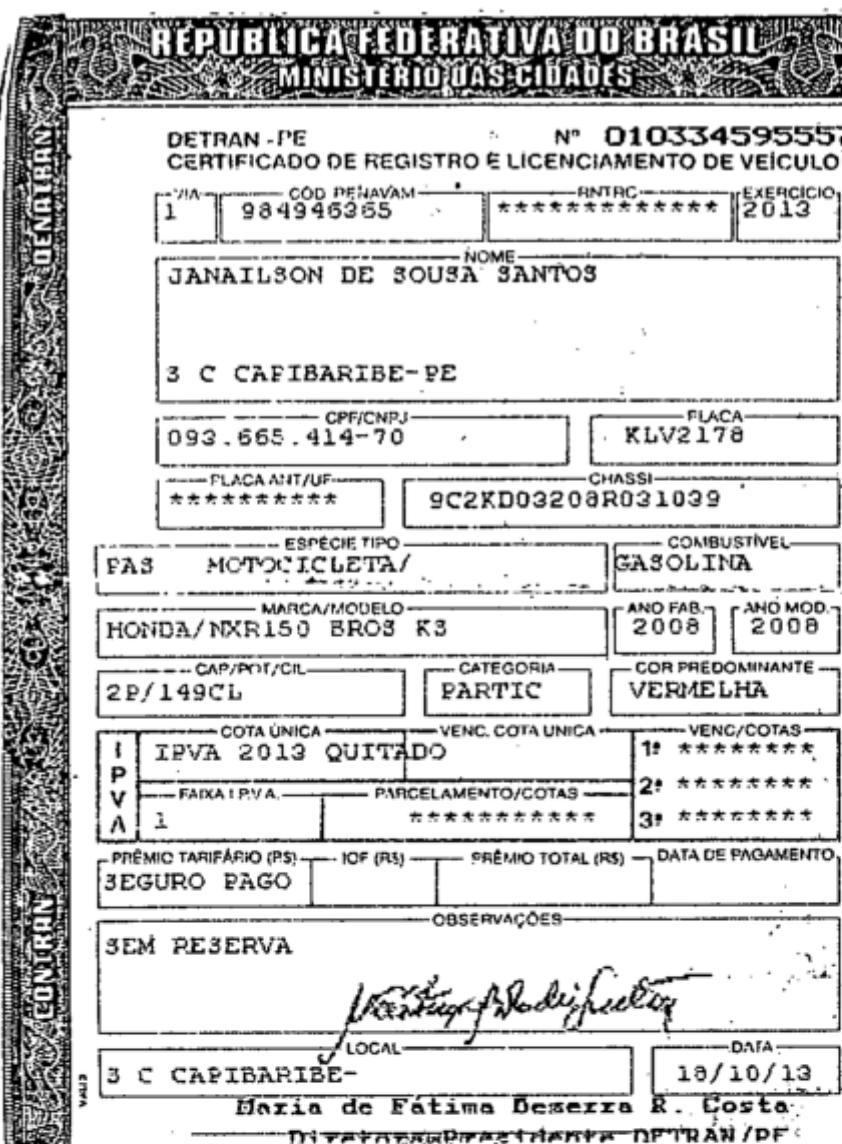
CLIENTE: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000018383-2

Nr. da Autenticação 73FDC4D027F96619



PE N° 010334595557		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
		EXERCÍCIO 2013	
093.665.414-70		CPF/CNPJ	
		KLV2198	
JANAILSON DE SOUSA SANTOS			
S C CAPIBARIBE-PE			
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PE N° 010334595557		EXERCÍCIO 2013	DATA EMISSÃO 18/10/13
VIA	093.665.414-70	KLV2198	
RENAVAM	984946365	MARCA / MODELO HONDA / NXR150 Bros K3	
ANO FAB	CAT. TARIF. 09	Nº CHASSI 9C2KD03208R031039	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A			
CNPJ: 09.248.608/0001-04			
DESTAQUE: E GUARDE O BILHETE DPVAT			
E SE NÃO FAZER, POR FAVOR, ORGANIZAR			

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE. DPVAT
FIR NAO FODE PORTE ORGASMO

QUIT

1004032





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	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



UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTÓCOLO P/ANALISE



Registro de Sinistro



081327

DP.: 111

Processo:

Código: 577272

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 Profissão	Endereço	Tipo Benef. Complemento	Vínculo Renda	Bairro	Dt.Nasc.	Cidade	CPF/CNPJ
							UF
JOSE JEFESSON DE SOUSA SANTOS 55190-000 RUA JOAO BARBOSA 8 OUTROS		Vítima	VITIMA RECUSOU INFORMAR.	CENTRO/ POÇO FUNDO	15/09/1990 093.665.404-06	SANTA CRUZ DO PE	
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 finalizado
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 SOLUSA SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 8.505.101EXPEDIDO POR SDS/PGEM 22/02/08 E

CPF 093665404-06 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO MOTORISTA
E RENDA MENSAL DE R\$ NAO POSSUI (*) 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 Susep nº 446/2012, 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 fatura de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Para evitar a reprogramação do seu 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 informados);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inativo, 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 SISDPVAT Sinistro.

 CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCOBANCO 237 • AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASILBANCO 001 • AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚBANCO 341 • AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALBANCO 104 • AGENCIA 3038 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 16383-2

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

LOCAL Santa Cruz do Capibaribe DATA 05/12/2013ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) JOSE JERFESSON DE SANTOSCENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/AUNIDADE DE JANEIRO
PROCOLA
LUS

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 em vigor 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.

CÂIXA 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 JERFESSION 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	0,00000000	50,00 C	50,00 C

		SALDO EM 13/12/2013	R\$	
F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR	PAG.	50,00 C
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. CIRUNSCRICAO - 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/11/2013 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: Bairro: ZONA RURAL - Município: JATAUBA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO À LANCHONETE
 Local de Fato: VIA PUBLICA - Próximo: NÃO 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

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026

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



(NOTICIANTE) - MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA LAGOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
 Nis: MARIA DE LOURDES DA SILVA SOUZA; Pat: GERALDO PEDRO DE SOUZA Data de Nascimento: 28/01/1987;
 Naturalidade: JATAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 73382975058PE (RG), 88178280658 (CPF) Estado Civil: CASADO(A); Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO;

Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 97716924

Endereço Residencial: RUA JOAO BARBOSA, 2, Q. VILA DE POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE,
 PERNAMBUCO, BRASIL
 Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

(VITIMA) - JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Nis: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUZA; Pat: GERALDO PEDRO DE SOUZA Data de Nascimento:
 18/01/1990; Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 86051015058PE (RG), 83268848626 (CPF) Estado Civil: SEPARADO(A); Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO;

Profissão: AGRICULTOR(A); Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 97777825

Endereço Residencial: RUA JOAO BARBOSA, 2, Q. VILA DE POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE,
 PERNAMBUCO, BRASIL
 Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS JANEIRO
 Categoría/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / NXR160 BR08 - Objeto apreendido: Nis - Número de Série: NÃO INFORMADO

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valores Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)



Placa: KLV2178 (PERNAMBUCO / SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: 88434466 Chassi:
 9C2K068288R621629

DELEGACIA DE POLÍCIA DO HU, CIRUNSCRICAO - TATUABA
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

BOLETO N.º 1330201000466

www.academyoftranslators.com/limitando-fatal-ultimo-cuadro-que-sigue

WABAN GILLESPIE AND SONS LTD. (1990) LTD. 1990-1991
1990-1991 WABAN GILLESPIE AND SONS LTD. (1990) LTD.

ARTICULO: (USANDO UN DEDICADO DE ACCORDION) „die selva es base que si(a): TOSKE TERRESSIONE DE SORNA SANTOS

(e) abivlova (e) coosa (e) alicia (e) alicia

DEPARTAMENTO DE CULTURA, MUSEU MUNICIPAL DE SERRAMBEUCO, RUA 1000, N.º 100, 19000-000, SERRAMBEUCO, R. B., CEP 19000-000, TEL. (19) 3222-1234, FAX (19) 3222-1234, E-MAIL: mc.serrambeuco@terra.com.br

(e)obi vlo vns (e)wjs[do (e)ol objwz[do]

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Page 2 of 2

Ano Fabricação/Mês/Ano: 2008 / 2008 Comprador: CASOLINA

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 neste unidade policial

Maria giselia da Silva Souza Lagos
MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA
LAGOS
(NOTICIANTE)



B.O. registrado pelo policial: LAUDÉNIO SANTOS DE FREITAS - Matrícula: 319790-6



Computer Engineering \ OSCP Lab

QUE HAVIA UM "ONUBRA MOTO" E PASSOU RÁPIDO NO MESMO. A VITIMA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A PARAR, A VITIMA FOI SOBORGADA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE TATUABA ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS.

Assumption (a) presumes that subjects are policy

MARIA GISELIA DE SIRIA SOUSA
LACOS
(INDICAMENTE)

B-9 - Descripción de los beneficios de la estrategia de Sustentabilidad - Marca Chile: Sustentabilidad

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, JOSÉ JERFESSON 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 BAMBOSA, 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 Jefesson 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 / 34318823
(81) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9218.3735 / 8874.8263

UNIDADE RIO DE JANEIRO
BLOCO 100 - LOJA PI/ANÁLISE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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

% Dimensão Graduação

100	1	50
-----	---	----

Valor avaliado: 6.750,00