

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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190362865

Vítima: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

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



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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190362865

Vítima: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 07/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000018383-2

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, retorno 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

093.665.404-06

Nome completo da vítima:

José JERFESSON DE SOUSA SANTOS

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

José JERFESSON DE SOUSA SANTOS

Profissão:

R.TNF.

Endereço:

RUA BAHIA

CPF:

093.665.404-06

Número:

579

Complemento:

CASA

Bairro:

97a Pereza

Cidade:

07-Cruz do Cap.

Estado:

PE

CEP:

55195 006

E-mail:

Tel. (DDD):

81 91613907

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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: 18383

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 omisssão 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 07-Cruz do Cap-PE 08-05-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

& José Jerfesson de Sousa Santos.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

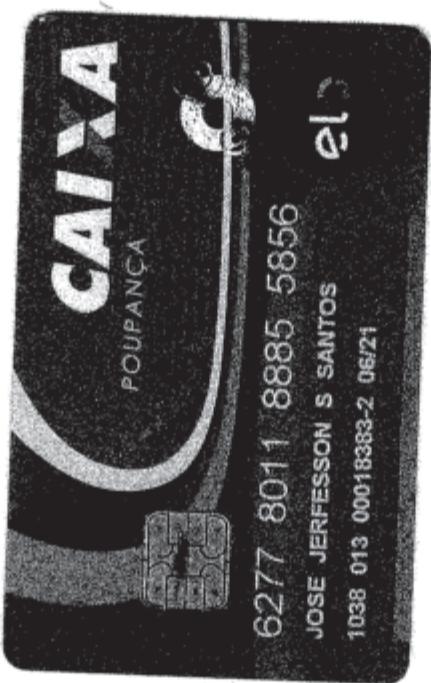
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:
093.665.404-06

Nome completo da vítima:

José JEFESSON DE SOUSA SANTOS

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

Nome completo:

José JEFESSON DE SOUSA SANTOS

CPF:

093.665.404-06

Profissão:

R. INF.

Eereço:

RUA BAHIA

Número:

579

Complemento:

CASA

Bairro:

97º Pereira

Cidade:

07 - CRUZ DO CAP.

Estado:

PE

CEP:

55195 006

Tel.(DDD):

81 91613907

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1038**

CONTA: **18383**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

197-Cruz do Cap-PE 08-05-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

× José Jefesson de Sousa Santos.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CPF:

04 JUN 2019

Assinatura

Gestão Seguradora S.A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





523155

0163112/19

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

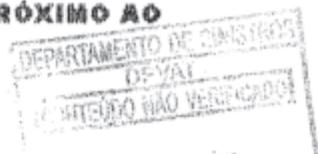
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0218001092

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/03/2019 às
19:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 7/3/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE,
1, RODOVIA PE-160 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO
MODA CENTER

Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O PRÓPRIO CONDUTOR (AUTOR / AGENTE)
MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA (OUTRO)
JOHÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOHÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS

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

JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA Pai: GERALDO PEDRO
DE SOUSA Data de Nascimento: 16/01/1990 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 670, RUA BAHIA -
BAIRRO: CRUZ ALTA - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

O PRÓPRIO CONDUTOR (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/HONDA/BIZ 125 Objeto apreendido: NSe
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PWD 8642 (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE)
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGAÇÃO NO DIA 26 DE MARÇO DE 2019 O SR. JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS RELATANDO QUE: NO DIA 07.03.2019, ESTAVA CONDUZINDO A MOTONETA - HONDA/BIZ - PLACA: PBD8642 - NA RODOVIA PE-166 - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE, QUANDO ATINGIU UM CAVALO QUE ESTAVA NO MEIO DA VIA E VEIO A CAIR DA MOTO. RELATA QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES À UPA24H DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO, COMPARECEU A ESTA DELEGAÇÃO PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA.

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

→ José Jefferson de Souza Santos
JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: FELIPE FIGUEIRA DE SALES PEREIRA - Matrícula: 3872668



3190362865

523155

0163112/1

527572
dat 0189592/19

**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 N°. 19E0218001092

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/03/2019 às
19:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado)
que aconteceu no dia 7/3/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE,
1, RODOVIA PE-100 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO
MODA CENTER**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**O PRÓPRIO CONDUTOR (AUTOR / AGENTE)
MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA (OUTRO)
JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS (VÍTIMA)**

15 Mai 2019

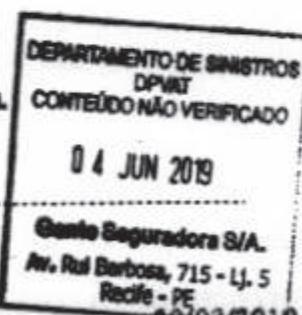
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 54011-110

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS**

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

**JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA Pat: GERALDO PEDRO
DE SOUSA Data de Nascimento: 16/01/1988 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 678, RUA BAHIA -
BAIRRO: CRUZ ALTA - CEP: 56688-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**



**MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**O PRÓPRIO CONDUTOR (não presente no plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTONETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **P0D8642** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE)
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA NO DIA 26 DE MARÇO DE 2019 O SR. JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS RELATANDO QUE: NO DIA 07.03.2019, ESTAVA CONDUZINDO A MOTONETA - HONDA/BIZ - PLACA: P0D8642 - NA RODOVIA PE-168 - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE, QUANDO ATINGIU UM CAVALO QUE ESTAVA NO MEIO DA VIA E VEIO A CAIR DA MOTO. RELATA QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES À UPA24H DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA.

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

→ José Jefferson de Souza Santos

JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **FELIPE FIGUEIREDO SALES PEREIRA** - Matrícula: **3873658**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

093.665.404-06

Nome completo da vítima:

José JERFESSON DE SOUSA SANTOS

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

José JERFESSON DE SOUSA SANTOS

Profissão:

R.TNF.

Endereço:

RUA BAHIA

CPF:

093.665.404-06

Número:

579

Complemento:

CASA

Bairro:

97a Pereza

Cidade:

07-Cruz do Cap.

Estado:

PE

CEP:

55195 006

E-mail:

Tel. (DDD):

81 91613907

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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: 18383

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 omisssão 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

07-Cruz do Cap-PE 08-05-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

& José Jerfesson de Sousa Santos.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:
093.665.404-06

Nome completo da vítima:

José JEFESSON DE SOUSA SANTOS

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

Nome completo:

José JEFESSON DE SOUSA SANTOS

CPF:

093.665.404-06

Profissão:

R. INF.

Eereço:

RUA BAHIA

Número:

579

Complemento:

CASA

Bairro:

97º Pereira

Cidade:

07 - CRUZ DO CAP.

Estado:

PE

CEP:

55195 006

Tel.(DDD):

81 91613907

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1038**

CONTA: **18383**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

197-Cruz do Cap-PE 08-05-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

× José Jefesson de Sousa Santos.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CPF:

04 JUN 2019

Assinatura

Gestão Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS nascido em 15/09/1990 esteve nesta unidade hospitalar no dia 07/03/2019 por volta das **18h20min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 15 de MARÇO de 2019.



ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Dm-1 ✓

Número do Atendimento: 0198049 07/03/2019 18:20:06

Paciente: JOSE JERFESSION DE SOUSA SANTOS

Sexo: MASC D. Nasc.: 15/09/1990

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA

Pai:

Endereço: R BAHIA 579

Bairro: CRUZ ALTA

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0203372

SUS: 700003749581104

Idade: 29 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 137 / 94

P脉:

Temperatura:

Peso:

Histórico da Doença atual:

Doente caiu de cima de
motocicleta no tórax e
deixou marcas de
pinos de ferro.

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

trauma

1. Coluna 75 cm ④
2. Sopro no tórax ④
3. Rx luxação + Fratura de
máculas e mela costelas
dorsais

4. HRA

senha: 5635 627

hora: 18:00: 10:25



Comunif331

Liberação do Paciente: Data: 1 / 1

Hora: 18:00: 10:25

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

CÓPIA AUTORIZADA





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Dua - 1 ✓

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0198049 07/03/2019 18:20:06

Código: 0203372

Paciente: JOSE JERFESSION DE SOUSA SANTOS

SUS: 700003749581104

Sexo: MASC

D. Nasc.: 15/09/1990

Idade: 29 ANOS

RG:

CPF:

Profissão:

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA

Pai:

Endereço: R BAHIA 579

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Bairro: CRUZ ALTA

Fone:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Pressão Arterial: 137 / 94

P脉: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Doente sentiu dor nascente na metade esquerda do abdômen e no lado direito que permaneceu por cerca de 1 hora.

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:



Conduta:

1. Exames: USG abdominal, USG hepato-pancreática, TAC abdominal, Eletrocardiograma, ECG.
2. Rx: Antibiótico.
3. Rx: Sangue e coagulação.
4. HRA.

Liberação do Paciente: Data: 1/1/19 Hora: 19:25

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

COPIA AUTORIZADA

José Luiz de Souza
Atendente
CRAMPE 1007
07 MAR 2019

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: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000018383-2

Nr. da Autenticação 87EBB1FC5C055E47

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



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

DADOS DO CLIENTE JOSEANE TEIXEIRA DA SILVA CPF: 040.999.124-42	DATA DE VENCIMENTO 30/04/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/04/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 23/04/2019	CONTA CONTRATO 007015734579 Nº DO CLIENTE 2012955031
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA BAHIA 579 -A STA TEREZA/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 55195-006 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 102,62	NÚMERO DA NOTA FISCAL 059354008	Nº DA INSTALAÇÃO 0005872804
CLASSIFICAÇÃO		B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO		5A85.359A.7B8C.5FF3,E8F5.3D98,C705.6A40	

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	120,00	0,77336892	92,8
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,4
ICMS Subvenção-CDE-NF 051677559-20/02/19			0,8
Multa por atraso-NF 051677559 - 20/02/19			2,0
Juros por atraso-NF 051677559 - 20/02/19			0,8
Atualização IGPM-NF 051677559 - 20/02/19			0,6
TOTAL DA FATURA			102,6

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE,		
Vencido	Dt Reav	Valor
28/03/19	23/04/19	95,92

Este comunicado NÃO substitui aviso de díbitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 8º REN 414/Anel. Pode ocorrer após de cobrança, bain como inclusão nos registros de restrições de crédito, RPC e SIEGABA.

Tarifas Aplicadas		Histórico do Consumo		
Consumo Ativo(kWh)		kWh		
0,52156003		ABR		
		19		
		MAR		
		19		
		FEV		
		19		
		JAN		
		19		
		DEZ		
		18		
		NOV		
		18		
		OUT		
		18		
		SET		
		18		
		AGO		
		18		
		JUL		
		18		
		JUN		
		18		
		MAI		
		18		
		ABR		
		18		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003132831040	CAT	23/03/2019	8.043,00	23/04/2019	8.163,00	31	1,00000	0,00	120,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2019					
DIC-No de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	5,18	10,36	20,77
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,38	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICRE: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 33,93					
Todo Consomidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia oliveira: avenida bela vista bela vista / pagfacil: r sc o paulo crz alta lista completa em www.celpe.com.br.¹⁶
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res/414/ANEEL), Juros 13‰.mL (10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

DESENHOS DE

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007015734579	04/2019	102,62	30/04/2019	

838500000016 026200110075 015734579100 12888E3E9322



Evite dobrar a lente ótica.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



LEIAIS 300
20 ENERGIA ELETRICA LIGADA A SUA CASA COM CONFIABILIDADE
ACORDO DE SERVIÇO, JPA

Companhia Elétrica do Parnaíba

Nº. João de Barro, 111 - Bairro Rio das Pedras, Pernambuco - CEP 50056-900

CNPJ 10.835.802/0001-01 | Fone. Est. 0035453-00 | www.vpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO:
B1 RESIDENCIAL

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
DOC. IDENTITÁRIO (Foto, RG e CNH - UF)	0810389-592-PR
DATA NASCIMENTO	28/07/1974
PLANO	945.234.444-04
JOSÉ GOMES DE MOURA	
INHABTE TERRITORIA DE NO	
URA	
RESIDUOS	A1
RESIDUOS	B
MUNICÍPIO	RECIFE
VALOR DA FALTA	17/06/2003
VALOR DO FALTA	05/04/2012
VALOR DO FALTA	02378605875

Quaisquer outras

Meu lar é lar da América.

ASSISTÊNCIA AO CONSUMIDOR

DATA FALTA: 10/04/2017

DATA FALTA: 17/06/2003

DATA FALTA: 05/04/2012

DATA FALTA: 02378605875

DATA FALTA: 08/04/2012

PERNAMBUCO

1421884961

PERIODICO PLASTIFICA

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JOSEANE TEIXEIRA DA SILVA
CPF: 040.999.124-42

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BAHIA 579 -A
STA TEREZA/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
55195-006 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE

(As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2016), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

30/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

102,62

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

23/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

23/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

059354008

CONTA CONTRATO

007015734579

Nº DO CLIENTE

2912955021

Nº DA INSTALAÇÃO

0905872884

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5A85.359A.7B8C.5FF3.E8F5.3D98.C705.6A40

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	120,00	0,77336892	92,80
Contrib. Bum. Pública Municipal			5,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 051677558-20/02/19			0,82
Multa por atraso-NF 051677558 - 20/02/19			2,02
Juros por atraso-NF 051677558 - 20/02/19			0,87
Atualização IGPM-NF 051677558 - 20/02/19			0,86
TOTAL DA FATURA			102,62

EN ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Recar.	Valor
23/03/19	23/04/19	95,82

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 89 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de notificações de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	8,521560000	kWh	
ABR	19	120	
MAR	19	115	
FEV	19	138	
JAN	19	125	
DEZ	19	138	
NOV	18	144	
OUT	18	132	
SET	18	122	
AGO	18	125	
JUL	18	137	
JUN	18	185	
MAI	18	142	
ABR	18	164	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Gerador de Energia	27,38 30,15
Transmissão	4,14 4,46
Distribuição (Cérelo)	19,28 20,88
Encargos Setoriais	4,95 5,38
Multas	38,21 33,56
Percidas de Energia	5,10 5,57
TOTAL	92,80 100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
82,80	25,00	20,20	82,80	1,35	1,25

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº LEITURA	CÓDIGO DE LEITURA	CONSUMO kWh	DATA
00000003132831940	CAT	23/03/2019 6.843,00	23/04/2019 8.163,00	31	1.000000.000000.000000	102,62	04 JUN 2019

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/05/2019

Cartão Série 00000003132831940 - 015734579100 - 138885359333

Ref. Ref. 00000003132831940 - 015734579100 - 138885359333

Recife - PE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmácia oliveira: avenida brasil, 1000 - bairro bessa - recife - pe
crz alta lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso, gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTAS CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007015734579	04/2019	102,62	30/04/2019	

Evite dobras e rachaduras no cartão.	
Este canhoto será usado em leitora ótica.	



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 JOSE JEFFESSON DE S. SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.665.404.06, do sinistro de DPVAT cobertura TNU, da Vítima JOSE JEFFESSON DE SOUSA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.665.404.06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

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	R. Rosamira Alves da Rocha	Número	03
Bairro	Centro	Cidade	07 Cruz do Cap
Email		Estado	PE
		Telefone comercial(DDD)	55192305
		Telefone celular (DDD)	8191613907

07-05-2015 de maio de 2015
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

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 JOSE JEFFESSON DE S. SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.665.404.06, do sinistro de DPVAT cobertura TNU, da Vítima JOSE JEFFESSON DE SOUSA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.665.404.06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

04 JUN 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, que adriana.moura.silva@seguradoralider.com.br, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Rua Rosembero Alves da Rocha, 8/A, Centro, Cruz do Cap, Recife - PE. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará a sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>R. Rosembero Alves da Rocha</u>	Número	<u>03</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>07-Cruz do Cap</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>8191613907</u>

07-Cruz do Cap, 08 de maio de 2015
Local e Data
Recife - PE

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Helena dos Santos Lima,

RG nº 5343599, data de expedição / /,

Órgão _____, portador do CRF nº 037.221.674-93 com

domicílio na cidade de Caixa do Sol, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Barra, Santa Terezinha, nº 579-A

complemento CDA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima José Jefferson de S. Santos cujo o condutor era

José Jefferson de Sousa Santos

Veículo: Motoneta

Modelo: 2013

Ano: 2012

Placa: PGD 0642

Chassi: 9C2 JC4820DNG26294

Data do Acidente: 07-05-19

Local e Data: Caixa do Sol - PE 06-05-2019

Maria Helena dos Santos Lima

Assinatura do Declarante

José Jefferson de Sousa Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaracao do Proprietario do Veiculo

Eu, Maria Helena dos Santos Lima,

RG nº 5343599, data de expedição 1/1/,

Órgão _____, portador do CRF nº 037.221.674-93 com

domicílio na cidade de Graças do Cap., no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Barão, Santa Terezinha, nº 579-A

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima José Jefferson de Sousa Santos cujo o condutor era

José Jefferson de Sousa Santos

Veículo: motoneta

Modelo: 2013

Ano: 2012

Placa: PGD 0642

Chassi: 9C2JC4820DR026294

Data do Acidente:

07-03-19

Local e Data:

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 - 06-05-2019

Maria Helena dos Santos Lima

Assinatura do Declarante

José Jefferson de Sousa Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE		Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA Av. Rui Barbosa, 714 - Centro Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 3731-0000
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA. Dou fe, Santa Cruz do Capibaribe, 07/05/2019 - Total: 4.91 Em Testemunho <u>duff</u> da verdade, Ronana Eva dos Santos Cavalcanti Sales - Escrivane Selo(s): 0159467 PRN04201901 05134 * Consulte autenticidade www.tabelionato.tjpe.jus.br/seledigital .		
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPMAT		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019		
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE		



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Jone Jeniffer de Souza Santos

AO HFA Série: 5635617

Eduardo

Paciente, 29 anos, vítima de acidente de moto bicicleta. Ele caiu de concreto. Nega perda da consciência, mágoas e violências. Relembra dos fatos. Padrão (E).

ELF: consciente, orientada, expressa, afetiva, alegre, amigável, humor: alegre, brincando.

HA: fratura

Rx de Padrão (E): luxação + fratura fechada de rádio e ulna

solicita avaliação da fratura estopelar

Data: / /

Thago Costa de Almeida
Médico
CRMPE 1881

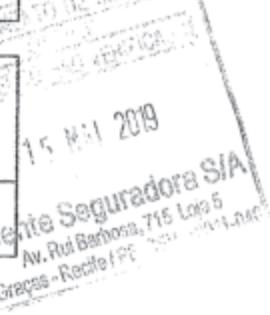
MÉDICO

07 MAR. 2019

Nome:

Rg.:

Medicamentos:



Data: / /

MÉDICO



DATA: 07/03/2019
HORA: 23:35:08



2333143

Prontuário 948974	Nome do Paciente JOSE JERFESSION DE SOUSA SANTOS	Nascimento 15/09/1990	Idade 28	Sexo M	Cor A	Naturalidade BREJO DA MADRE	Religião
Estado Civil Casado	CPF 93.665.404-06	RG 8505101 SSP PE	Grau de instrução Ensino Fundamental				
Filiação Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SC Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA							
Endereço JOAO HENRIQUE RAMOS,42 - POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE CEP: CEP 55198000							

Atendimento 2333143	Data 07/03/2019	Hora 23:31	Setor 3008-SECRETARIA CONVENIOS	Nº Carteira	Validade	Nº CNS
Medico Atendente 2305-RAILTON MARINHO DA COSTA						
Plano / Convênio 37-PACOTE/1-PACOTE ENFERMARIA						

Posto ALA LUCIANO LOBO	Acomodação 203006 APARTAMENTO 62	Leito AP62-2	Tipo Atendimento 5-INTERNACAO CIRURGICA	Motivo Atendimento 4-INTERNACAO/URGENCIA
Guia INTERNACAO	Procedimento 99996666 INTERNACAO			

CAMPINA GRANDE , 07 de Março de 2019	
--------------------------------------	--



948974

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro assumir previamente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.

Obrigó-me assim, a solver os valores tão logo sejam apresentados bem como os respectivos depósitos na forma de regulamento e critério que são do meu inteiro comprometimento.

João Henrique da Silva
Assinatura

MICHAEL
Responsável pelo Atendimento

CAMPINA GRANDE , 07 de Março de 19

CAMPINA GRANDE , 07 de Março de 2019

Alexandro de Souza Almeida
CRM-PE 01647
Técnico em Radiologia

Ronaldo Henrique da Silva
Ronaldo Henrique da Silva
03/03/19
RX REALIZADO
EM 08/03/19

Responsável: JOSE JERFESSION DE SOUSA SANTOS
Endereço: JOAO HENRIQUE RAMOS, 42 Bairro POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
Telefone: 81996185038

PACIENTE:	Joel Jefferson dos Santos	Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO:	08/03/18	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR:	Adilson	1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:	Vagner	INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA:	Valdir	TÍPO DE ANESTESIA:	Rúspiro Nitro G
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Pain no fundo do pé esq		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Anestesia local		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATHOLOGIA:			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-ATICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL-EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS.

Anestesia local
Anestesia local

Anestesia local

Anestesia local

Anestesia local

Anestesia local

Anestesia local



Dr. Raimundo da Costa
Cirurgião
13/03/1998-PE

PREScriÇÃO MÉDICA

Nome: Direto Ferreira de Souza Santos
Ala: Luzão Dels

LEITO: 62.2

CONVÉNIO: Ense

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

09/03/19
19 Dez hrs

S.R.h. 1000

9h

Dimex 1616

24/03

Fifat⁴ 4000

06

Turic 100 + v (50)

Perfedam 10 60

Eriksen D11 8/3/19

6'30hs

O. (6)

Cefixime frei 1500 0'16 gts

DEPA
LEIA
VER
CAIXA

15 MAI 1983

EVOLUÇÃO MÉDICA

Gente com gente sia
mais realidade GCP. 0001.001

Amul num factu bis

Aceder funcio para factu

Guifre 11

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALIA: 23/3/17

LEITO:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

08/03/19 Dite-las

S. Rivotril 1.500 mg

Cefotetan 1g 10616 08 AM

Duram 10616 08 AM

Flapit 90-210 08

Tiamf 100 10/12/12 (50)

Norfecox 10 818 (50)

Omeprazol 0 10

O - 600

EVOLUÇÃO MÉDICA

15 MAI 2019

Gente Seguradora
Av. Rio Branco

Anul com febre

Distal tendo efeitos p

sobre hérnias fute. upr

ACTA as 16:00 hs

M

CRM 365-BR-1123
Raquel Marinho da Cunha
CRM 365-BR-1123
Raquel Marinho da Cunha

Evolução de Enfermagem

NOME: Jefferson de S. Santo IDADE:
ALA: 2-B LEITO: 622 MÉDICO:

DATA: 31/03/19

MANHÃ

TARDE

05 16h

[Handwritten signature]

Paciente evolução estável, P.U., alta hospitalar

NOITE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

IDADE:

ALA:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: / /

MANHÃ

TARDE

NOITE



Paciente admitido para procedimento cirúrgico, medicamento CPK,
afeito SSV, com anestesia local no membro,
RX na pertinente, celebração pronta pelo laboratório,
aguardando resultados, agendada consulta de CC pelo
mês, segue os cuidados da Enfermagem.



PREFEITURA DE
TAQUARITINGA
DO NORTE - PE



RECEITUÁRIO MÉDICO

LAVADO MÉDICO

- Decurso para os Doutores
FINS que, JOSE JEREMIAS
DE SOUSA SANTOS, PDI
SUBMETIDO A TRATAMENTO
CIRÚRGICO DE FETURA
DISTAL AO RABO CÔSEGNA
PIXADO COM PUCA E
PARA FUSOS NO PIA

08.03.19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019
Gante Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE

De Recife
Cidade
PE
18.04.19

RECEITUÁRIO MÉDICO



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5994 CEP:55190-000

Dua-1 ✓

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0198049 07/03/2019 18:20:06

Código: 0203372

Paciente: JOSE JERFESSION DE SOUSA SANTOS

SUS: 700003749581104

Sexo: MASC D. Nasc.: 15/09/1990

Idade: 29 ANOS

RG:

CPF:

Profissão:

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA

Pai:

Endereço: R BAHIA 579

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Bairro: CRUZ ALTA

Fone:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Pressão Arterial: 137 / 94

P脉: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Doente sentiu dor nascente na metade esquerda do abdômen e no lado direito que permaneceu por cerca de 1 hora.

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:



Conduta:

1. Exames: USG abdominal, USG hepato-pancreática, TAC abdominal, ECO cardíaca, ECG, Eletrocardiograma.
2. Rx: Antibiótico.
3. Rx: Sangue e coagulação.
4. HRA.

Liberação do Paciente: Data: 1/1/19 Hora: 19:25

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

COPIA AUTORIZADA

José Luiz de Souza
Atendente
CRAMPE 1007
07 MAR 2019



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS nascido em 15/09/1990 esteve nesta unidade hospitalar no dia 07/03/2019 por volta das 18h20min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 15 de MARÇO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JONI Jenifer da Silva Santos

AO HFA Série: 5635617

Encaminho

paciente, exames, referência ao acidente
de moto ciclado. Eu uso de
 capacete. Nunca perde da comunicação.
máscaras e óculos. Herida das mãos
pálidas (E).

E/F: comunicação, orientação, expressivo,
afetivo, alegre, amigável, humor:
ceroso, mimoso.

Hs: fratura

Rx de Punto (E): luxação + fratura
fechada da nadir e meia

solicita encaminho da fratura ortopedia

Data: / /

Tage Costa de Almeida
Médico
CRMPE 0001

MÉDICO

07 MAR 2019

Nome: _____ Rg.: _____
Medicamentos: _____

Data: / / _____
MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE
15/01/2019



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 07/03/2019

2333143

2333143

Pronutario 948974		Nome do Paciente JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS		Nascimento 15/09/1990	Idade 28	Sexo M	Cor	Naturalidade BREJO DA MADRE	Religiao
Estado Civil -		CPF 93.665.404-06	RG 8505101 SSP PE	Grau de instrucao	Profissao				
Filiação		Mae: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SC Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA							
Endereço		JOAO HENRIQUE RAMOS,42 - POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE CEP: CEP 55198000							
Atendimento 233143	Data 07/03/2019	Hora 23:31	Setor 3008-SECRETARIA CONVENIOS	Tipo Atendimento 5-INTERNACAO CIRURGICA		Fone Residencial 982627191	Fone Trabalho 982627191		
Complemento Endereço DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 04 JUN 2019 Gesta Seguradoras S/A. Av. Rio Barbosa, 715 - Lj. 5 Centro - PE									

2305-RAILTON MARINHO DA COSTA
Piano / Convênio
37-PACOTEI-PACOTE ENFERMÁRIA
Nº Carteira
Validade
Nº CNS
700037495811044
4-INTU

Posto	Acomodação	Leito
ALA LUCIANO LOBO	203005 APARTAMENTO 52	AP52-2
Guia	Procedimento	
INTERNACAO	9999666 INTERNACAO	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro assumir prevaricamente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de Internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete. Obriago-me assim, a solver os valores tão logo sejam apresentados bem como os respectivos depósitos na forma de regulamento e critério que são do meu inteiro comprometimento.

CAMPINA GRANDE - 04 de 03 de 19

MICHAEL

Responsável: JOSE JEFFESSON DE SOUSA SANTOS
Endereço: JOAO HENRIQUE RAMOS, 42 Bairro POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

RX REALIZADO

PACIENTE:

Nº DO PRONTO-SERVIÇO:

DATA DA OPERAÇÃO:

OPERADOR:

1º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

Nº DO ATENDIMENTO:

LEITO:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

TIPO DE ANESTESIA:

RELATÓRIO INICIAL DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: ÁREA E TÉCNICA: LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL EMPREGADO-APECTO - VICERAS

anest. m/centros
Anexo sub
curv & ->
fun fr
rel. curv
sust, com press e
tor curv
curv
& vros
curv

Dr. Raíton Marinho da Costa
CRM PE 11.280

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: *Diretor Interino de Serviços*
ALA: *Luciano Pinto*

LEITO: 62.2

CONVÉNIO: *Faculdade*

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

Pran 600

9h

Dimeticona 1000

24h

Flutamida 400 mg

06

Acetaminofeno 1000 mg

Paracetamol 1000 mg

Cirurgia dia 8/3/19

6:30hs

C. cur

Afebril - fisiológico

Evolução médica

Alvo: nenhuma febre

Idade: - função pulmão

Grau fino

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gesteira Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE

PREScriÇÃO MÉDICA

NAME:	LEITO:	CONVÉNIO:
PLA:		
DIAGNÓSTICO:	DATA:	

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

18/03/19 Dite - Lax

S. Rivotril 1.500 ✓

Cefotetan 1g 10616 08 ✓

Diprivan 10616 08 ✓

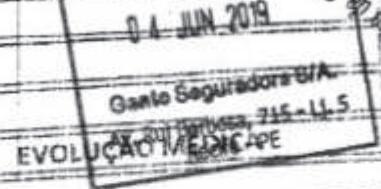
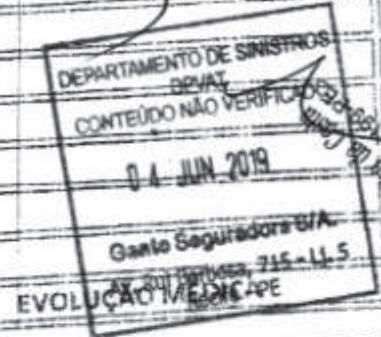
Fluoxetil 40-010 08 ✓

Tiamf 100 IV 12/12 (50)

Alprazolam IV 818 (50)

Omeprazole 1V

O - 000



Amul com fruta

Distel (idem), infarto e

sintomas q faltam

ACTA o 16.00hs

Med

23 PAULIN MARIA DE OLIVEIRA
CRM 34556/13-000-PE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jefferson de S. Santos
ALT: 1,70 LEITO: 62-2 MÉDICO:

IDADE:

DATA: 30/03/19

MANHÃ

TARDE

Paciente encontra instável, P.O., alta hospitalar
05 16h.

NOITE



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

IDADE:

ALAC:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: / /

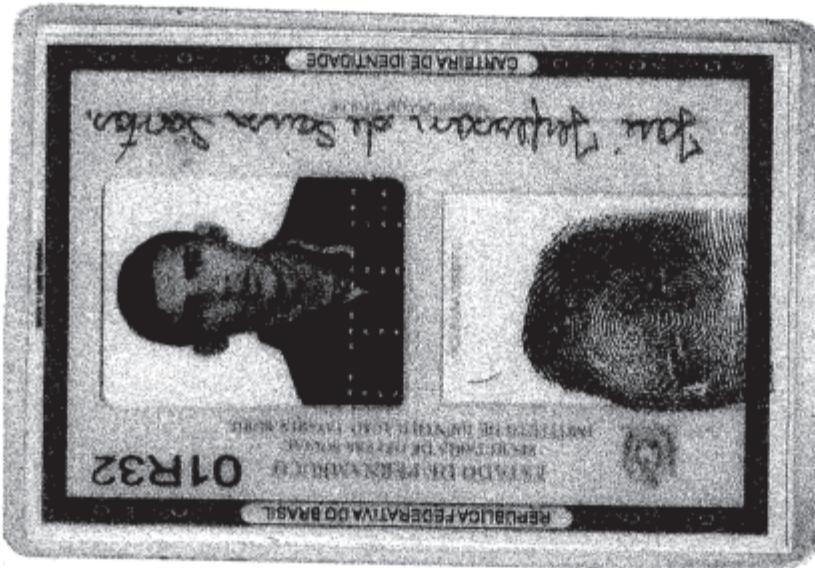
MANHÃ

TARDE

NOITE



Paciente admitido para procedimento cirúrgico, medula CPB,
oferecido SSUV, com anestesia inhalatória no nártex,
BX no peritoneo, celestado paroxysme pelo laboratório,
apresentou resultados, apresentou crise de CC pelo
mesmo, negou uso de medicamentos da Entomologia.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CRM: 8.505.101 DATA DE
NOME: 02/02/2015
PESO:

PICTOGRAMA: << JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS >>

NATURALIDADE: << GERALDO PEDRO DE SOUSA >>
BREJO DA MADRE DE DEUS - PE DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1990

CEP: 54000-000 << 075911 01 55 2012 3 00005 044
0002281 63 BREJO DA MADRE DE DEUS-PE >>

TELEFONE: 093.665.404-06

ASSINATURA DO DIRETOR: LEI Nº 7.110 DE 29/08/93

415831581505092226.6312234 P-63 80.332 - 4331

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO

15/04/2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 1005
Graciosa - Recife - PE





Sipe - Sistema de Informações e Processos
Centro de Atendimento ao Cliente
Av. do Brás, 11 - Bairro das Flores, Petrolina - CEP: 56300-000
Cpf: 10.010.010/0001-08 | Fone: (87) 3610-0000 | www.sipe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALFIAZIA MARIA MOURA DE A. PERNAMBUCO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONCESSIONÁRIA
RUA ROSENBERG ALVES 500-CPA-3

CPF: 945.234.444-04
CLASSIFICAÇÃO:
B1 INDUSTRIAL
PESQUISAS

DATA DE CADASTRO:	DATA DE ATIVADA:
08/10/2018	02/2019
70008473460	02/2019
DATA DE VENCIMENTO:	DATA DE VENCIMENTO:
13/02/2019	09/03/2019
NOTA A MENSAGEM:	
	102,06

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
CUSTO DE MANUTENÇÃO	131.000,0000	0,73470000	95,35

Consumo Alvo (Watt)
Conteúdo Pública/Mangue
Eletro Sul/Sergipe-CE/CN-EP 030611114-38111111

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019

Gante Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE

ITEM	QUANTIDADE	DATA	ATUALIZADA	DATA	ATUALIZADA	ITEM	QUANTIDADE	DATA	ATUALIZADA
ITEM 01	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 02	1,000000		
ITEM 02	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 03	1,00		
ITEM 03	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 04	1,00		
ITEM 04	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 05	1,00		
ITEM 05	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 06	1,00		
ITEM 06	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 07	1,00		
ITEM 07	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 08	1,00		
ITEM 08	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 09	1,00		
ITEM 09	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 10	1,00		
ITEM 10	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 11	1,00		
ITEM 11	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 12	1,00		
ITEM 12	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 13	1,00		
ITEM 13	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 14	1,00		
ITEM 14	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 15	1,00		
ITEM 15	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 16	1,00		
ITEM 16	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 17	1,00		
ITEM 17	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 18	1,00		
ITEM 18	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 19	1,00		
ITEM 19	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 20	1,00		
ITEM 20	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 21	1,00		
ITEM 21	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 22	1,00		
ITEM 22	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 23	1,00		
ITEM 23	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 24	1,00		
ITEM 24	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 25	1,00		
ITEM 25	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 26	1,00		
ITEM 26	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 27	1,00		
ITEM 27	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 28	1,00		
ITEM 28	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 29	1,00		
ITEM 29	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 30	1,00		
ITEM 30	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 31	1,00		
ITEM 31	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 32	1,00		
ITEM 32	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 33	1,00		
ITEM 33	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 34	1,00		
ITEM 34	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 35	1,00		
ITEM 35	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 36	1,00		
ITEM 36	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 37	1,00		
ITEM 37	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 38	1,00		
ITEM 38	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 39	1,00		
ITEM 39	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 40	1,00		
ITEM 40	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 41	1,00		
ITEM 41	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 42	1,00		
ITEM 42	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 43	1,00		
ITEM 43	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 44	1,00		
ITEM 44	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 45	1,00		
ITEM 45	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 46	1,00		
ITEM 46	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 47	1,00		
ITEM 47	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 48	1,00		
ITEM 48	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 49	1,00		
ITEM 49	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 50	1,00		
ITEM 50	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 51	1,00		
ITEM 51	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 52	1,00		
ITEM 52	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 53	1,00		
ITEM 53	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 54	1,00		
ITEM 54	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 55	1,00		
ITEM 55	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 56	1,00		
ITEM 56	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 57	1,00		
ITEM 57	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 58	1,00		
ITEM 58	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 59	1,00		
ITEM 59	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 60	1,00		
ITEM 60	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 61	1,00		
ITEM 61	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 62	1,00		
ITEM 62	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 63	1,00		
ITEM 63	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 64	1,00		
ITEM 64	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 65	1,00		
ITEM 65	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 66	1,00		
ITEM 66	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 67	1,00		
ITEM 67	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 68	1,00		
ITEM 68	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 69	1,00		
ITEM 69	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 70	1,00		
ITEM 70	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 71	1,00		
ITEM 71	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 72	1,00		
ITEM 72	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 73	1,00		
ITEM 73	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 74	1,00		
ITEM 74	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 75	1,00		
ITEM 75	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 76	1,00		
ITEM 76	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 77	1,00		
ITEM 77	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 78	1,00		
ITEM 78	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 79	1,00		
ITEM 79	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 80	1,00		
ITEM 80	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 81	1,00		
ITEM 81	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 82	1,00		
ITEM 82	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 83	1,00		
ITEM 83	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 84	1,00		
ITEM 84	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 85	1,00		
ITEM 85	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 86	1,00		
ITEM 86	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 87	1,00		
ITEM 87	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 88	1,00		
ITEM 88	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 89	1,00		
ITEM 89	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 90	1,00		
ITEM 90	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 91	1,00		
ITEM 91	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 92	1,00		
ITEM 92	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 93	1,00		
ITEM 93	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 94	1,00		
ITEM 94	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 95	1,00		
ITEM 95	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 96	1,00		
ITEM 96	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 97	1,00		
ITEM 97	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 98	1,00		
ITEM 98	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 99	1,00		
ITEM 99	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 100	1,00		
ITEM 100	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 101	1,00		
ITEM 101	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 102	1,00		
ITEM 102	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 103	1,00		
ITEM 103	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 104	1,00		
ITEM 104	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 105	1,00		
ITEM 105	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 106	1,00		
ITEM 106	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 107	1,00		
ITEM 107	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 108	1,00		
ITEM 108	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 109	1,00		
ITEM 109	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 110	1,00		
ITEM 110	1,00	01/01/2019		01/01/2019		ITEM 111	1,00		
ITEM 111	1,00</								

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE		Nº 014486116301	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	ANTR.C.	EXERCÍCIO:
1	504927477	*****	2019
MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA			
NOME			

S C CAP. ITABETE-PE

PLACA	CPF / CNPJ	PLACA
037.221.674-93		FJD0642
PLACA ANT./UF	DATA	COMBUSTÍVEL
*****/PE	9023JC4B20JDR026294	ALEO/GÁSOL.

ESPECIE TIPO	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
PAS / MOTONBTTA.	HONDA/BIZ 125 BS	2012	2013
CAP / POTT / CIL	CATEGORIA	COM PRÉDORANTE	VERMELHA
2P/124CL	PARTIC		

COTA UNICA	VENG. COTA UNICA	VENC. COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1*
FAIXA I.PVA	PARCELAGEMento / COTAS	2*
1	*****	3*
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURU PAGO		10/01/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

DATA	Loc.
10/01/19	Ap. 101, Rua das Flores, 101, Centro, Olinda, PE
DATA DE PAGAMENTO	
COTA UNICA	PARCIALADO

CONTRATO
S C CAP. ITABETE-PE
Mercado de Itabete
Dir. Presidente em Exercício: Octávio/PB

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARCA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014486116301 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA
RUA BAIÃO HORIZONTE 812
671A TERRA CRUZ ALTA S/C CAPITANIBRE-PB
55195-001

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	10/01/19
VIA	CPF / CNPJ
1	037.221.674-93
RENAVAM	PLACA
504927477	PGD0642
ANO FAB.	MARCA / MODELO
2012	HONDA/BIZ 125 BS
ANO MOD.	NO CHASSI
2012	9C2JC4B20JDR026294

PRÉMIO TARIFÁRIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
FIM (R\$)	
SEGURU PAGO	
PAGAMENTO	
COTA UNICA	PARCIALADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Geste Seguradoras S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0800 022 1204, segurado01-04

DESPACHE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
NLR NAO È DE PERTENE CERGATORIO.

15.01.2019
Geste Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 50110-000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190362865 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JERFESSON DE SOUSA **Data do acidente:** 07/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P.6)
EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

- IDENTIFICAÇÃO
VÍTIMA José Jerelesson de Sousa Santos
DATA DO ACIDENTE 07-03-19 **CPF DA VÍTIMA** 093.665.401-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adriana M. Moura de A. Peruandê
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR R. Rosemira Alves da Rocca
Nº 03 **COMPLEMENTO** CASA **BAIRRO** Centro
CIDADE Caçapava **UF** SP **CEP** 35192-300
E-MAIL adriana.moura@outlook.com.br
TELEFONE (14) 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 CONFIRME 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, 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 VÍTIMA, MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DESPESAS CONFERIDAS

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

 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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.

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

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

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08-05-19

IDENTIDADE U.810.389.551125

NOME José Jerelesson de Sousa Santos

ASSINATURA José Jerelesson de Sousa Santos

ASSINATURA José Jerelesson de Sousa Santos



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

José Jerelesson de Sousa Santos

DATA DO ACIDENTE

07-03-19 CPF DA VITIMA 093.865.404-06

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Adriana Mouta de A. Fernandes

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

VITIMA

REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM

A VITIMA É

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

ENDEREÇO DO PORTADOR R. Rosemira Alves da Rocca

Nº 03 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centro

CIDADE Caçapava UF SP CEP 55192-300

E-MAIL

telefone (81) 91613907

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA 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)

(LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETTIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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)

(DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL))

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

(CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

(NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS SIMPLES E LEGÍVEL)

(COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DA 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* NORTE = R\$ 13.500,00

* SUL = R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA

* 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 FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATUITO SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE: RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08-05-19 DATA _____

IDENTIDADE 4.810.389.551125 NOME _____

ASSINATURA José Jerelesson de A. Fernandes ASSINATURA _____

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: 8.505.101 SDS-PE CPF : 093.665.404-06

DATA DO ACIDENTE: 07/03/2019

COBERTURA : INVALIDEZ

VÍTIMA: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

ENDEREÇO: RUA BAHIA – 579 – SANTA TEREZA – SANTA CRUZ
DO CABIBARIBE – PE.

OUTORGADO

MENTO DE
DEVAT
O NÃO VERIFICA

06 MAI 2019

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

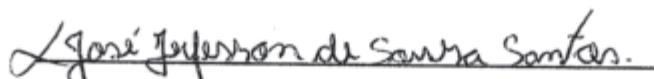
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04

ENDEREÇO: RUA ROSEMIRIO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO –
SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE).

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

SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE), 06 DE MAIO DE 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

IDENTIDADE: 8.505.101 SDS-PE CPF : 093.665.404-06

DATA DO ACIDENTE: 07/03/2019

COBERTURA: INVALIDEZ

VÍTIMA: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

ENDEREÇO: RUA BAHIA – 579 – SANTA TEREZA – SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE – PE.

OUTORGADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gestão Seguradora S/A
Av. Presidente Vargas, 15
Recife - PE

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUEROQUE FERNANDES

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

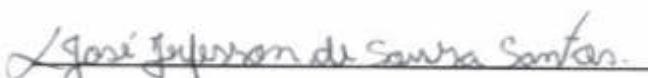
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR

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
CONSTITUI 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), 06 DE MAIO DE 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

Digitized by Google

TABELIONATO DE NOTAS E TESTAMENTOS
SANTA CRUZ DO CARIPARIBE

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (um) de: (1) JOSE JERFESSON DE SOUSA PANTOS
Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 05/05/2019 - Total: 4,91
Em Testemunho da verdade,
Eliane Nilza da Oliveira - Escrivenda
Selos): 0155467-004201901-04959
* Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seledigital



SANTA CRUZ DO CARIPARIBE

Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163112/19

Vítima: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

CPF: 093.665.404-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/03/2019

Titular do CPF: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
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

JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS : 093.665.404-06

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/05/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 15/05/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA