
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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

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

Nome completo: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS CPF: 093.665.404-06

Profissão: R. INF. Endereço: RUA BAHIA Número: 579 Complemento: CASA

Bairro: 97ª PEREIRA Cidade: OT. 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).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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 OPÇÃO 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 2

(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) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: OT. CRUZ DO CAP. PE 08-05-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

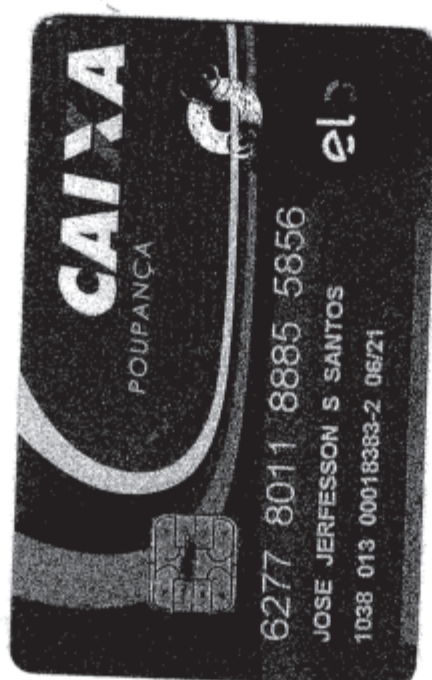
Assinatura

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: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

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

Nome completo: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS CPF: 093.665.404-06

Profissão: R. INF. Endereço: RUA BAHIA Número: 579 Complemento: CASA

Bairro: JOÃO PÉREIRA Cidade: JOÃO 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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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 OPÇÃO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: JOÃO CRUZ DO CAP. PE 08-05-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Assinatura

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

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.



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
15 JUN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Lote 5
Recife - PE



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 DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218001092

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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-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 (VITIMA)

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 ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA Pai: GERALDO PEDRO
DE SOUSA Data de Nascimento: 10/9/1990 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 570, RUA BAHIA -
BAIRRO: CRUZ ALTA - CEP: 55000-000 - 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 (VEICULO) 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: **PDD0642** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE)
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA NO DIA 20 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: PDD0642 - 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 UP24H 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 Sousa Santos
JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FELIPE FIGUEIRA DE SALES PEREIRA** - Matrícula: **3873660**



3190362865

523155

0163112/1

527372
Ass 0189592/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218001092

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (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)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: **16/3/1990** Nacionalidade: **GREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 679, RUA BAHIA -
BAIRRO: CRUZ ALTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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



MOTONETA (VEICULO) 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**

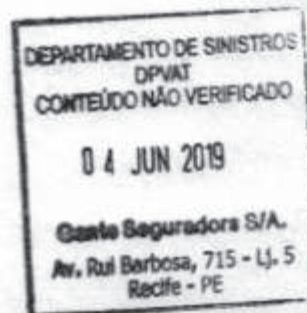
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA NO DIA 28 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 UP24H 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 Sousa Santos
JOSÉ JEFFERSON DE SOUSA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FELIPE FIGUEIRA DE SALES PEREIRA** - Matrícula: **3873650**



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: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

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

Nome completo: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS CPF: 093.665.404-06

Profissão: R. INF. Endereço: RUA BAHIA Número: 579 Complemento: CASA

Bairro: 97ª PEREIRA Cidade: OT. 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).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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 OPÇÃO 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 2

(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) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: OT. CRUZ DO CAP. PE 08-05-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

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

Nome completo: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS CPF: 093.665.404-06

Profissão: R. INF. Endereço: RUA BAHIA Número: 579 Complemento: CASA

Bairro: JOÃO PEREIRA Cidade: JOÃO 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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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 OPÇÃO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: JOÃO CRUZ DO CAP. PE 08-05-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Assinatura

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

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



200-1 ✓

CÓPIA AUTORIZADA

[Handwritten signature]
07 MAR 2019



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

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

Código: 0203372

Paciente: JOSE JERFESSON 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

Bairro: CRUZ ALTA

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Fone:

Pressão Arterial: 137/94

Pulso: _____

Temperatura: _____

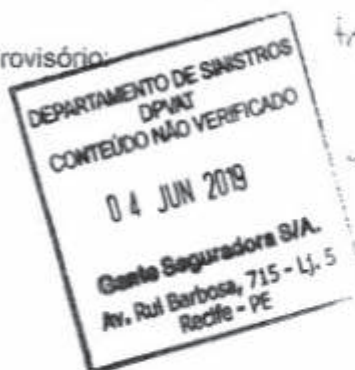
Peso: _____

Histórico da Doença atual:

Doença atual de acidente de
motorista no E no momento
do seu trabalho e
ponto de trabalho.

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:



Conduta:

1. Solicito ao médico ①
2. Ex. Sangue + Exame de
marcadores e exame
dental

3. KRA

Código: 5635627

Liberação do Paciente: Data: / /

Hora: 19:25

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

CÓPIA AUTORIZADA

1. Assinatura do Atendente
CNPJ: 11.196.515/0001-25
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. JOÃO 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
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
167-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 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

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
2012955031

Nº DA INSTALAÇÃO
0005872804

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	120,00	0,77336892	92,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 051677559-20/02/19			0,82
Multa por atraso-NF 051677559 - 20/02/19			2,02
Juros por atraso-NF 051677559 - 20/02/19			0,87
Atualização IGPM-NF 051677559 - 20/02/19			0,66
TOTAL DA FATURA			102,62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
92,80	25,00	23,20	92,80	1,35	1,25	92,80	6,21	5,76

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Reav	Valor
28/03/19	23/04/19	95,92

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/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156009

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
ABR 19	129
MAR 19	110
FEV 19	139
JAN 19	125
DEZ 18	150
NOV 18	144
OUT 18	132
SET 18	122
AGO 18	125
JUL 18	137
JUN 18	186
MAI 18	142
ABR 18	164

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	27,98	30,15
Transmissão	4,14	4,46
Distribuição (Celpe)	10,38	20,88
Encargos Setoriais	4,89	5,38
Tributos	30,21	32,56
Perdas de Energia	5,10	5,57
TOTAL	92,80	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
090000003132831048	CAT	23/03/2019 8.043,00	23/04/2019 8.163,00	31	1,00000	0,00	120,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2019					
DIC-No.de horas sem Energia SANTA CRUZ DO		0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia CAPIBARIBE		0,00	3,30	6,60	13,20
DWIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 33,93					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DWIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você farmácia oliveira: avenida bela vista bela vista / pagafacil: r sco paulo
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 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
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

DESTAQUE AQUI

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

838500000016 026200110075 015734579100 138885359333



Evite dobrar, rasgar ou danificar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DEPARTAMENTO DE SIMS
15 MAI 2019
Comie Seguradora S/A
Av. Ptd Barbosa, 715 Lda 5
Grupos - Recife / PE

[illegible]

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-88
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0905943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5589
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
167-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
55185-006 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

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

2912955031

Nº DA INSTALAÇÃO

0905672894

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	120,80	0,77336892	92,80
Contrib. Ilum. 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			0,66
TOTAL DA FATURA			102,62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
92,80	25,00	23,20	92,80	1,35	1,25	92,80	6,21	5,76

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	De Receber	Valor
23/03/19	23/04/19	95,92

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 ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 59 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 8,52106000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	Consumo Ativo(kWh)	ABR 19	MAR 19	FEV 19	JAN 19	DEZ 18	NOV 18	OCT 18	SET 18	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAI 18	ABR 18
		120	116	138	125	150	144	132	122	125	137	186	142	164

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	27,38	30,15
Transmissão	4,14	4,46
Distribuição (Celpe)	16,28	20,88
Encargos Setoriais	4,95	5,38
Tributos	30,21	31,56
Perdas de Energia	5,10	5,37
TOTAL	92,80	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
000000003132831940	CAT	23/03/2019	6.843,00	23/04/2019	8.142,00	31	1.000,00

04 JUN 2019

Santa Cruz do Capibaribe - PE
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.5

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
DIC-Nº.de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	5,19	16,08	39,77
FIC-Nº.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,84	8,53	8,89
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMIC 13,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso		R\$ 23,93			

Toda Consumidora pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e EUSD a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia Oliveira: avenida Boa Vista / pagafacil: r. so paulo
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 do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
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

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

838500000016 026200110075 015734579100 138885359333



Evite dobrar, rasgar ou amassar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

lpe
Perseguição

Atividade de Perseguição
Rua do Comércio, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51050-000
Fone: (081) 32100000 | Fax: (081) 32100000 | www.lpe.com.br

BASE DO CLIENTE
ALBUQUERQUE MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 045.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

7008475460 02/2019
DATA DE VENCIMENTO
13/02/2019 09/03/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 102,05

FORMA DE PAGAMENTO: UNICA
DATA DE PAGAMENTO: 08/02/2019
VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 102,05

DESCRIÇÃO DA DÍVIDA FÍSICA

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
131.000.000	0,77470053	102,05

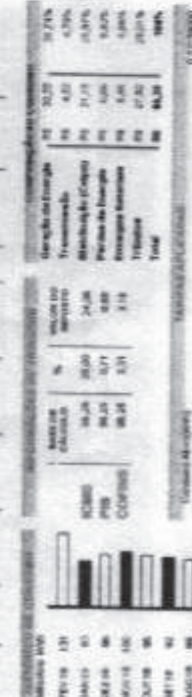
Corrente Abaixo (Linha)
Corrente Núm. Pública Municipal
KMS Subdiviso-CEC-UF 00811134 2011018

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

102,05

DATA FATURA

Nº DO ANEXO	Tipo da Fatura	DATA	VALOR	Nº DE CONTAS	AGUANTE	CONTA DO BOM
00000	001	08/02/2019	102,05	20	1,00000	10,00



CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

CONDIÇÃO	VALOR (R\$ mil)	%
À vista	10,00	10,00%
Parcelado	92,05	90,00%
Total	102,05	100,00%

BCV BCV2 CDB1 BDT1 CDB ENB BANO E BAO

ADRIANA MARTA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 045.234.444-04
DATA NASCIMENTO: 08/02/1974

JOSE GONZES DE MOURA
CPF: 045.234.444-04
DATA NASCIMENTO: 08/02/1974

IGNACIO FERRERIA DE MO
CPF: 045.234.444-04
DATA NASCIMENTO: 08/02/1974

PERNAMBUCO
DATA EMISSÃO: 10/04/2017
DATA VENCIMENTO: 10/04/2017

1421884961
PROIBIDO PLASTIFICAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 JUL 2019
Garte Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

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/biblioteca/web/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 MOURA DE A. FERNANDES inscrita (a) no CPF sob o Nº 945.234.444/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE JERFESSON DE S. SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.665.404/06, do sinistro de DPVAT cobertura INV. da Vítima JOSE JERFESSON 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 <u>R. Rosemira Alves da Rocha</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>UF CRUZ DO CAPI</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55192305</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>8191613907</u>

UF CRUZ DO CAPI 08 de maio de 2015
END. PE Local e Data

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

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 MOUTADEA FERNANDES inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.234.444/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE JERFESSON DE S. SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.665.404/06 do sinistro de DPVAT cobertura INV. da Vítima JOSE JERFESSON 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. Rua Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>R. Rosemíra Alves da Rocha</u>		Número	<u>03</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>CRUZ DO CARNEIRO</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>8191613907</u>		

CRUZ DO CARNEIRO de maio de 2015
Local e Data

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 1/1/

Órgão _____, portador do CPF nº 037.221.674-93 com domicílio na cidade de 7ª Cruz do Ar. no Estado de

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

R. DAVIA, SANTA TEREZA, nº 57914

complemento CRA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSE JEFFERSON DE S. SANTOS cujo o condutor era

JOSE JEFFERSON DE SOUSA SANTOS

Veículo: motoneta

Modelo: 2013

Ano: 2012

Placa: PGD 0642

Chassi: 9C2JC4820DR026294

Data do Acidente: 07-03-19

Local e Data: 7ª Cruz do Ar - PE 06-05-2019

Maria Helena dos Santos Lima
Assinatura do Declarante

Jose Jefferson de Sousa Santos

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA,

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

Órgão _____, portador do CPF nº 037.221.674-93 com
domicílio na cidade de 9ª CRUZADA, no Estado de

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

R. BARBA, SANTA TEREZA, nº 579A

complemento CRA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE JEFFERSON DE S. SANTOS cujo o condutor era

JOSE JEFFERSON DE SOUSA SANTOS

Veículo: motoneta

Modelo: 2013

Ano: 2012

Placa: PGD 0642

Chassi: 9C2JC4820DR026294

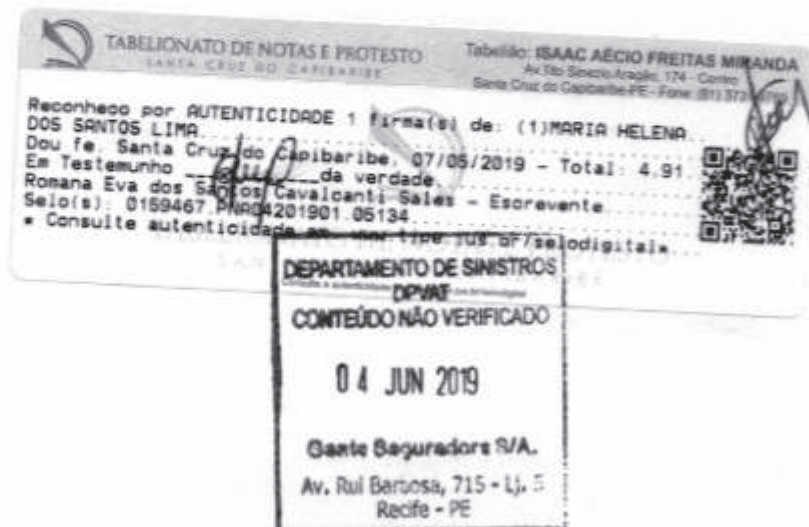
Data do Acidente: 07-05-19

Local e Data: 9ª CRUZADA - PE 06-05-2019

Maria Helena dos Santos Lima
Assinatura do Declarante

Jose Jefferson de Sousa Santos

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





RECEITUÁRIO

Nome: Jone Jefferson de Sousa Santos

AO HFA 52uwa: 5635 617

Exco m'inho

paciente, 29 anos, vítima de acidente de uma bicicleta. Em uso de contracepção. Negs perda do consciência, náuseas e vômitos. Refere dor em punho (E).

E/A: consciente, orientado, expuesto,
afectado, angustiado, amotinado, no vivo:
corrido, hinchado

HA: f_{normal}

lx de Punho (E): Luxação + fratura fechada de rádio e ulna

serviço avaliar da transmissão topografia

Data: ____/____/____

Thiago Costa de Almeida
 Mídex 2
 CREA-PE/19081

0 MAR. 2019

MÈDICO

Nome:

Rq.:

Medicamentos:

Data:

MÉDICO

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



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

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

2333143



Prontuário 948974	Nome do Paciente JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS	Nascimento 15/09/1990	Idade 28	Sexo M	Cor	Naturalidade BREJO DA MADRE	Religião
Estado Civil	CPF 93.665.404-06	RG 8505101 SSP PE	Grau de instrução	Profissão	Fone Residencial 982627191	Fone Trabalho	
Filiação	Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SC. Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA				Complemento Endereço		
Endereço	JOAO HENRIQUE RAMOS, 42 - POÇO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE CEP: CEP 55198000						
Atendimento 2333143	Data 07/03/2019	Hora 23:31	Sector 3008-SECRETARIA CONVENIOS				
Médico Atendente 2305-RAILTON MARINHO DA COSTA							
Plano / Convênio 37-PACOTE/1-PACOTE ENFERMARIA		Nº Carteira	Validade	Nº CNS 700003749581104			
Posto ALA LUCIANO LOBO		Acomodação 203006 APARTAMENTO 62	Leito AP62-2				
Guia INTERNACAO		Procedimento 99996556 INTERNACAO					

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

João Ferreira da Silva
Assinatura

CAMPINA GRANDE, 07 de 03 de 19

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

CAMPINA GRANDE, 07 de Março de 2019

MICHAEL
Responsável pelo Atendimento

João Ferreira da Silva

JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS
Responsável pelo Paciente

RX REALIZADO

EM

08/03/19

SAÚDE

NOME: *José Testeiras de Souza Santos*

ALA: *Luciano Polo*

LEITO: *62.2*

CONVÊNIO: *Unicef*

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

07/03/19

Dian Linc

S.R.h. 1000

Dipirona 10616

fitatril 40-510

Procure 100 10 (su)

Carfem 10 (su)

*CIANURA DIA 8/3/19
6:30hs*

C. (su)

Apakah free 15/10 6/16 2h 2h

DEPARTAMENTO DE
FARMACIA
15/03/19

EVOLUÇÃO MÉDICA

*Ampliar o uso de furosemida
e furosemida para feto.*

Gumiro

MS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

LEITO:

CONVÊNIO:

ALA:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

08/03/19

Dite box
S. Pristop 1500
Cefotaxime 1g 10616
Amoxic 10616
Flupar 90-210
Transf 100 1012/12 (SN)
Norflox 10 818 (SN)
Omeprazol 10
O. box

EVOLUÇÃO MÉDICA

15 MAR 2019

paciente com fratura
distal fêmur, entechado p
sintetizar a fratura.

DETA em 16:00hs

Centro Seguradora S/A
Av. Rio Branco

Dr. Raulino Marinho da Costa
CRM 365-PE/13-19-PE
TEF 11-288

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Jefferson de S. Santos

IDADE:

ALA:

2-2

LEITO: 622

MÉDICO:

DATA:

01/03/19

MANHÃ

TARDE

os 16h.

Paciente evolui estável, P.O., alta hospitalar

[Signature]

NOITE

NOME:

IDADE:

ALA:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: / /

MANHÃ

TARDE



NOITE

Paciente admitido para
procedimento cirúrgico, mediante CPA,
afetado 48VU, em anomalias no membro,
RX no postumum, coletado sangue pelo laboratório,
aguardando resultados, aguardando chamada do CC pelo
membro, segue os cuidados da Enfermagem.



PREFEITURA DE
TAQUARITINGA
DO NORTE - PE



SECRETARIA DE
SAÚDE
TAQUARITINGA DO NORTE - PE

RECEITUÁRIO MÉDICO

LAUDO MÉDICO

- Deputo PARO os JORNAL
FANS QUE, JOSE JERREASON
DE SOUSA SANTOS, FOI
SUBMETIDO A TRATAMENTO
CIRURGICO DE FRATURA
DISTAL DO RATO ESQUERDO
FIXADO COM PLACA E
PARAFUSOS NO DIA 08.03.19

CD 552

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

Dr. Raimundo
18.04.19

RECEITUÁRIO MÉDICO

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

200-1 ✓

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

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

Código: 0203372

Paciente: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

SUS: 700003749581104

Sevd: MASC

D. Nasc.: 15/09/1990

Idade: 29 ANOS

RG:

CPF:

Profissão:

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA

Pair

Endereco: R BAHIA 579

Reiro: CRUZ ALTA

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fonae

Pressão Arterial: 137/94

Pulso: _____

Temperatura:

Peso:

Histórico da Doença atual:

Declarate a favor de aumento de
matrícula no 1 e no 2
do seu prédio 60
pontos de taxa.

Exame Fisico:

Diagnóstico Provisório:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

Conduta:

① sculito en de zand ②
③ de zand en de zand de
niet en niet ~~zand~~
dintel

④. KRA

5635 617

Liberação do Paciente: Data: ____ / ____ / ____

Hora: 12:25

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

CÓPIA AUTORIZADA

[Handwritten signature]
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





RECEITUÁRIO

Ecco un'altra

Quinta, 29 anos, vítima de acidente
de uma bicicleta. Era um de
copoete. Nega perda de consciência,
náuseas e vômitos. História dos seus
prejuízos (E).

E/A: concreto, orientado, expansivo,
afinado, acustico, concreto, no uso:
cerda, microtudo

HS: $f_{\text{trans}} = 0$

Ex de Ponto ⑤: Maximas + fractura fechada de nódulo e melma

2021 to 2022 de transição

Data: / /

Trigo Costa de Atlix
Mexico
1991

11 MAR 2019

Abstract

Nome: _____ Rq.: _____

Medicamentos:

Data: / /

145000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

15/11/2019

Genie Seguradora SIA

Av. Rui Barbosa, 715 Lote 5

Graciosa - Recife/PE



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

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



2333143

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
948974	JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS	15/09/1990	28	M		BREJO DA MADRE	
Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução	Profissão	Fone Residencial	Fone Trabalho	
	93.665.404-06	6505101 SSP PE			982627191		
Filiação	Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SC Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA	Complemento Endereço					
Endereço	JOAO HENRIQUE RAMOS, 42 - POÇO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE CEP: CEP: 55198000						
Atendimento	Data	Hora	Sector				
2333143	07/03/2019	23:31	3008-SECRETARIA CONVENIOS				
Médico Atendente							
2305-RALTON MARINHO DA COSTA							
Plano / Convênio			Nº Carteira				
37-PACOTE/I-PACOTE ENFERMARIA							
			Validade				
			Nº CNS				
			700003749581104				
Posto			Acomodação				
ALA LUCIANO LOBO			203006 APARTAMENTO 62				
Guia			Letto				
INTERNACAO			AP62-2				
Procedimento							
99999999999999999999							

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

Jose Jerfesson de Sousa Santos
Assinatura

CAMPINA GRANDE, 07 de 03 de 19

MICHAEL
Responsável pelo Atendimento

Jose Jerfesson de Sousa Santos

JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS
Responsável pelo Paciente

RX REALIZADO

EM 08/03/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

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

Jose Jerfesson de Sousa Santos
Assinatura

OK! Capelin 19h

PACIENTE: *João Jefferson de Souza*

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº DO ATENDIMENTO:

DATA DA OPERAÇÃO: *08/03/18*

ENFERMARIA:

LEITO:

OPERADOR: *107/fuz*

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: *Vander*

TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Pup. Médio*

TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO: *cat. pup. h. pup. médio e/ou*

RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO À CAVIDADE E TÉCNICA-LIGADURA-S-DRENAGEM-SUTURA-MAT. EMPREGADO-A-SPCTO - VICERAS

*Ampli. W. central
Ampl. sul
Ampl. n. -> lateral
H. f. no - lateral
Red. Amp
Sut. com p. e
per. p.
s. p.
h. p.*

*Dr. Raulino M. da Costa
CRM 39.958-8/12-199-PE
RECIFE*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2018
Ganta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: *José Testamento de Sousa Santos*

ALA: *Luzimar Pedro*

LEITO: *62.2*

CONVÊNIO: *Particular*

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

Tran. h. 1000

S.R. h. 1000

Dil. 1000 1000

filtrat 40-10

frut 100 10 (50)

frut 100 10 (50)

OPRIMISS DIA 8/3/19

6:30hs

Enter

Alph. frut 1000 1000

EVOLUÇÃO MÉDICA

Ampl. v. 1000 1000

frut 1000 1000

Guarano

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALAC:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTO:

HORÁRIO

08/03/19

Dite Lix
S. Piroglio 1.500 ✓
Cefotaxime 1g 10616 ✓
Dipirona 10616 ✓
Filapril 40-10 ✓
Tramadol 100 10 12/12 (SU)
Nefedrina 10 8+8 (SU)
Omeprazol 10
O. Lix

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715-11.5
EVOLUÇÃO MÉDICA

Amnésia com fratura
distal fêmur, extensor p
semelhante a fratura

ACTA on 16:00hs

Gente Seguradora S/A

Dr. Rallian Marinho da Costa
CRM 3965-PA/13-103-PE
TÉCN 11.201-103-PE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jefferson de S. Santos
ALA: 2.0
LEITO: 622
MÉDICO:

IDADE:

DATA: 01/03/19

MANHÃ

TARDE

Paciente evolui estável, P.O., alta hospitalar
às 16h.

NOITE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

NOME:

IDADE:

ALA:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: / /

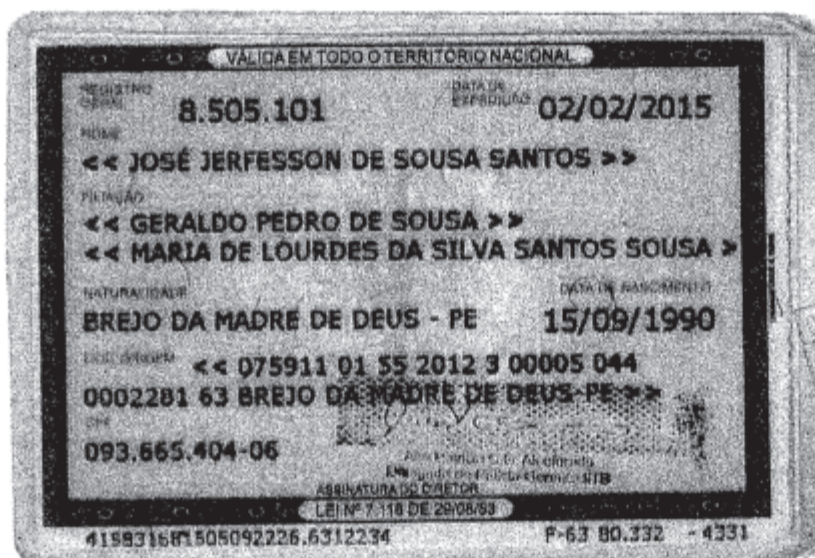
MANHÃ

TARDE



NOITE

Paciente admitido para
procedimento cirúrgico, mediante C.P.R.,
atendido 49100, em anomalias no nariz,
RX no postmento, colada porque pelo laboratório,
aguardando resultados, aguardando consulta do CC pelo
mento, segue os cuidados de Enfermagem.



DEPARTAMENTO DE SIMS
15 MAI 2019
Comie Seguradora S/A
Av. Ptd Barbosa, 715 Lda 5
Grupos - Recife / PE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a primeira parte da avaliação de risco, a cada 24 horas, a partir das 12h, o usuário deve avaliar o risco de contaminação por meio de uma escala de 1 a 5, onde 1 é o menor e 5 é o maior. O risco é considerado baixo quando o usuário avalia o risco de contaminação como sendo 1 ou 2, médio quando o usuário avalia o risco de contaminação como sendo 3 ou 4, e alto quando o usuário avalia o risco de contaminação como sendo 5. O risco de contaminação é considerado alto quando o usuário avalia o risco de contaminação como sendo 5.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 8.505.101 DATA DE EMISSÃO 02/02/2015

Nome << JOSÉ JERFESSION DE SOUSA SANTOS >>

FILIAÇÃO << GERALDO PEDRO DE SOUSA >>
<< MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA >>

NATURALIDADE Brejo da Madre de Deus - PE DATA DE NASCIMENTO 15/09/1990

DCC/CPF 0002281 63 BREJO DA MADRE DE DEUS - PE

093.665.404-06

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

415831681505092226.6312234 F-63 80.332 - 4331

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

15 JUN 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

lpe
Perseguição

Atividade de Perseguição
Rua do Comércio, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51050-000
Fone: (81) 32100000 | Fax: (81) 32100000 | www.lpe.com.br

BASE DO CLIENTE
ALBUQUERQUE MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 045.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

7008475460 02/2019
DATA DE VENCIMENTO
13/02/2019 09/03/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 102,05

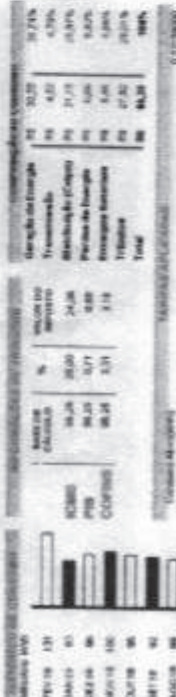
FORMA DE PAGAMENTO SEME
UNICA 08/02/2019
CARTÃO DE CREDITO 2011180000 34/23002

DESCRIÇÃO DA DÍVIDA FÍSICA
QUANTIDADE 131.000.000 PREÇO UNITÁRIO 0,73470033 VALOR UNITÁRIO 96,26
CARTÃO DE CREDITO 2011180000 34/23002
CARTÃO DE CREDITO 2011180000 34/23002

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

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

Nº DO SINISTRO	TIPO DA PERÍCIA	DATA DE PERÍCIA	DATA DE PAGAMENTO	VALOR PAGADO	VALOR DEVIDO	VALOR EM PAGAMENTO	VALOR EM DEVIDO
0000000000	0000	00/00/00	00/00/00	0,00	0,00	0,00	0,00



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

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

ADRIANA MARTA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 045.234.444-04
DATA DE NASCIMENTO: 08/02/1974
RELACIONADO: JOSE GONZES DE MOURA
TOMADOR: ISMARIA FERRERIA DE MO
URA

PERNAMBUCO
DATA DE EMISSÃO: 10/04/2017
DATA DE VENCIMENTO: 17/06/2002
VALOR PAGADO: 023.788.058,79
VALOR DEVIDO: 08/04/2022

PERNAMBUCO
DATA DE EMISSÃO: 10/04/2017
DATA DE VENCIMENTO: 17/06/2002
VALOR PAGADO: 023.788.058,79
VALOR DEVIDO: 08/04/2022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014486116301
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 504927477 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2019

MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA

S C CAPIBARIIBE-PE

037.221.674-93 PLACA PGD0642

PLACA ANT./UF 9C2JC4820DR026294

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1º

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO RO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

S C CAPIBARIIBE-PE

10/01/19

15 Mai 2019

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Recife - PE CEP: 51011-000

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

PE Nº 014486116301 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA 55195-001

RUA NELO HORIZONTE 812

STA TEREZA CRUZ ALTA S C CAPIBARIIBE-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 037.221.674-93 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/01/19

RENAVAM 504927477 PLACA PGD0642

ANO FAB. 2012 COLETE 09 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

PREMIO TARIFARIO Nº CHASSI 9C2JC4820DR026294

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) DP (R\$) TOTAL A SER INSCRIDO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ELAS NAO É DE FORTE OBRIGATORIO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETREN - PE Nº 014486116301

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCICIO

1 504927477 ***** PE 2019

NOME

MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA

S C CAPITANIE-PE

CPF / CNPJ 037.221.674-93

PLACA ANT / UF PLACA FGD0642

CHASSI 9C2JC4B20DR026294

COMBUSTIVEL ALCOOL/CASOL

ANO FAB. ANO MOD. 2012 2013

COR PREDOMINANTE VERMELHA

CATEGORIA PARTIC

ESPECIE TIPO PAS / MOTONETA

VENG. COTA UNICA 1º 1º IPVA 2019 QUITADO

2º 2º 3º

PARCELAMENTO / COTAS 1º 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

Loc. 10/01/19

S C CAPITANIE-PE

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

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

PE Nº 014486116301 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA

RUA BELLO HORIZONTE 812

ST. TERESA CRUZ ALTA S C CAPITANIE-PE

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

VIA 1

CPF / CNPJ 037.221.674-93

PLACA FGD0642

EXERCICIO 2019 DATA EMISSÃO 10/01/19

RENAVAM 504927477

MARCA / MODELO HONDA / BIZ 125 ES

ANO FAB. ANO MOD. 2012 2013

CHASSI 9C2JC4B20DR026294

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

Loc. 10/01/19

S C CAPITANIE-PE

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

Recife - PE CEP 51011-000

19 JUN 2019

Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Lq. 5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.340.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
SEU NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

CONTRAN

CONTRAN

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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jose Jefferson de Sousa Santos
DATA DO ACIDENTE 04-03-19 CPF DA VÍTIMA 093.665.404-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Robson de Moura de A. Fernandes
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Rosemíra Alves da Rocha
Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Centro
CIDADE Itapecuru UF Pe CEP 55192-305
E-MAIL _____ TELEFONE 81 916139107

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08-05-19

IDENTIDADE Robson de Moura de A. Fernandes

ASSINATURA Robson de Moura de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jose Jefferson de Sousa Santos
DATA DO ACIDENTE 02-03-19 CPF DA VITIMA 093.665.404-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Edilene M's Moura de A. Fernandes
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Rosemira Alves da Rocha
Nº 03 COMPLEMENTO CPA BAIRRO Centro
CIDADE Itapetininga UF Pe CEP 55192-305
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 INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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 SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 (PREHIBITIVO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08-05-19

IDENTIDADE U.810.38955005

ASSINATURA Edilene M's Moura de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

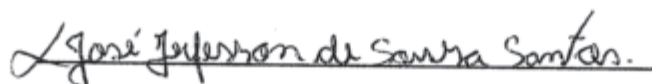
NOME: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 8.505.101 SDS-PE CPF : 093.665.404-06
DATA DO ACIDENTE: 07/03/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS
ENDEREÇO: RUA BAHIA – 579 – SANTA TEREZA – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE – PE.

OUTORGADO

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

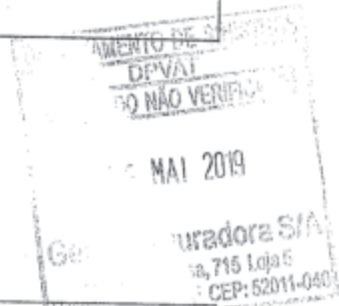
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 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.

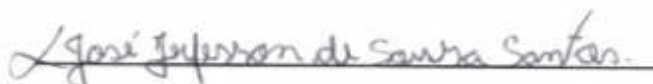
OUTORGADO



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

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

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



ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

PROCURADOR

PROCURADOR

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (um) de: (1) JOSE.....
JERFESSON DE SOUSA SANTOS.....
Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 06/06/2019 - Total: 4,91.
Em Testemunho da verdade.....
Eliane Nilza de Oliveira - Escrevente.....
Selo(s): 0159467 GR04201901.04959.....
* Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigitala.....

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigitala

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163112/19

Vítima: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

CPF: 093.665.404-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/03/2019

Titular do CPF: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 15/05/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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