Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

23/11/2020

Número: **0024586-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **28/05/2020**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS (AUTOR)	**BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)** **MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71441363	23/11/2020 13:59	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ JERFESSON DE SOUSA SANTOS,

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

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

"100404U"

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

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

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: x José Jerfesson de Sousa Santos.

CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8828
(81) 9219.0525 / 3075.0564
(81) 9218.3735 / 8874.8263

CAIXA SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANALISE

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

celpe
Grupo Iberdrola

www.celpe.com.br
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista
Recife, Pernambuco - CEP 50050-901
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc/Est. 0030813-03

Comercial: 0800 081 0120 | Prontidão: 0800 081 0196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria Celpe: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 722 0167 - Ligação gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e celular na origem para telefones convencionais

Mês / Ano de Referência: 09/2013

Data de Vencimento: 30/10/2013

Total a Pagar (R$): 32,60

Conta Contrato: 0830052011

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA 201 A 10
Monofásico

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS
CPF: 065.021.551-05 NIS: 1637785781

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO BARBOSA 8
CENTRO POCO FUNDO
55100-000 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE

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

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

Reservado ao Fisco
6C57 2E35 89F3 06E7 DA07 F545 ARD7 877D

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

ATENÇÃO!
A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos que os pagamentos após a data prevista de entrega poderão ser suspensos.

Vencto	Dt reaviso	Valor	Vencto	Dt reaviso	Valor
30/08/13	23/10/13	32,04			
10/04/12	29/06/12	273,39			

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá acarretar sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esta comunicação não substitui avisos de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que ocorrerão em períodos após o fim do processo.

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,1076457	3,22
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,1845733	12,91
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	50,0000000	0,2768600	13,83
Contribuição Iluminação Pública			2,71
Pagamento Instalação Energia			0,07

HISTÓRICO DO CONSUMO

SET/13	100
AGO/13	100
JUL/13	120
JUN/13	120
MAI/13	120
ABR/13	177
MAR/13	100
FEV/13	177
JAN/13	100
DEZ/12	112
NOV/12	30
OUT/12	327
SET/12	30

TARIFAS APLICADAS
Consumo Ativo até 30 kWh 0,1076457
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,1845733
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,2768600

TOTAL DA FATURA 32,60

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

CRS			PIS			COFINS		
Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DISPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	[illegible]	[illegible]
Transmissão	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]
Tributos	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]

Unidade ref.
83 [illegible] 02866800 2630

09/2013
0830052011
Vcto: 30/10/2013
R$ 32,60

CONTAUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
JAN. 2014
RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

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

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

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

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

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

Resultado da Avaliação Médica

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

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Quadro submetido à nefrectomia esquerda total

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

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

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Estruturas retroperitoneais

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

Região Corporal (Sequela):
_____

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

Região Corporal (Sequela):
_____

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

Região Corporal (Sequela):
_____

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

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

( ) Total = "100% da IS"

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

Andres Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19563 - PE

JATAUBA Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia

Pernambuco

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

FICHA DE TRANSFERÊNCIA

Paciente: JOSE GEFERSON DE SOUSA SANTOS — Código do Paciente Na Unidade: 900000000043197 Prontuário:

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

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA — Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA

Endereço: VILA POÇO FUNDO — Nº — JATAUBA - PE

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

Hospital de Destino: H.R.A

Senha 4282645

Condutor: ROBERTO

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR *1004*

Técnico de Enfermagem: EDNA

Preenchar Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)
(X) 33 Acidente de Trânsito ( ) 34 Acidente de Trabalho Típico ( ) 35 Acidente de Trabalho Trajeto ( ) 36 Violência

Encaminhamento / Motivo do Encaminhamento / Descrição

Encaminho paciente vítima de acidente motociclístico com trauma costal e dor intensa em r. lombar que apresenta hematúria intensa e palidez cutânea mucosa.

Solicito avaliação de cirurgião

Agradecido,

Dr. Marcio Tomio Shimbo Jr
Médico
CRPE/MEREZ 20 502

Carimbo e Assinatura do Médico(a)

CÓDIGO DA UNIDADE NA CENTRAL DE REGULAÇÃO: 2403

RUA EXPEDICIONARIO INACIO ALEIXO DE ARAUJO, S/N - CENTRO FONE(81)3746-1151 - C.N.P.J.: 10.091.544/0001-27 - 240780

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

JATAÚBA Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia

SUS

Pernambuco

78/10/11/2013

Nº Atendimento 310526
Data do Atendimento 10/11/2013
Hora do Atendimento 20:36:45

FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Paciente: JOSE CEFERSON DE SOUSA SANTOS — Código do Paciente Na Unidade: 900000000047197 Prontuário:

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

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA — Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA

Endereço: VILA — VILA POÇO FUNDO — Nº — JATAUBA - PE

Responsável/Trazido por: O MESMO

Recepcionista: SERGIO BRENO DE SOUSA — Técnico de Enfermagem: EDNA MARIA GUIMARÃES

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

Pressão Arterial: X — Pulso: — Temperatura: — Peso:

Doenças, Condições Referias e ou Alergias: +

Preencher Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

Descrição:

Histórico de Doença Atual: Queda de moto com dor e trauma costal

Diagnóstico Provisório:

Conduta: Tenoxicam 1 Pa ... 1x1 EV

Observação: HRA 428 26 45

Atendimento(s) Anterior(s) Data do Atendimento e Diagnóstico Provisório
* 10/11/2013
Ultima Conduta Realizada/
10/11/2013 -

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PI ANÁLISE

Data da Liberação do Paciente: ___ Hora: ___:___:___h

Dr. Marcio Tomio Shimbo Jr
Médico
CREMEPE 20 502

Carimbo e Assinatura do Médico(a) — Carimbo e Assinatura do(a) Técnico Enfermagem — Assinatura do Recepcionista

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

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

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

DECLARAÇÃO

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

REGISTRO: 2010221

Diagnostico: Trauma Abdominal Fechado + Lesão de Rim Esquerdo

Tratamento: Laparatomia Exploradora + Nefrectomia Esquerdo.

OBS: Vitima de Acidente de Transito.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru. 20 de novembro de 2013

Alexsandro da Silva Araújo
Matrícula: 13460
Arquivo (SAME)

09794 975/0269 27
FUSAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Jefferson de Souza Santos

Prontuário: 210221

Data: 12 / 11 / 13 Hora:

DIAGNÓSTICO:

Trauma abdominal fechado + lesão de rim esquerdo

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de cirurgia geral

TRATAMENTO REALIZADO:

Laparotomia exploradora + nefrectomia esquerda dia 12/11/13 (Dra Erica) + ATB (cefalotina)

Alta Hospitalar: Data: 16 / 11 / 13 Hora:

A.12 A.
Data: 20/11/13
Hora: 10:00h
Médico: Bruno Maia

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

UNIDADE DO TERRITÓRIO NACIONAL

8.505.101 22/02/2008

<< JOSÉ JERFESSON DE SOUSA SANTOS >>

<< GERALDO PEDRO DE SOUSA >>

<< MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA >>

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

<< CN.8512 L.08 F.151V CART.1ºDIST.

JATAÚBA-PE 21.08.1992 >>

LEI Nº 7116 DE 29/08/83

F-29 41.428 4331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

01R32

José Jerfesson de Sousa Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO *100403*

Cartão de uso pessoal e intransferível.

não possuindo junto com um documento de identidade.

ABR/2008 CORREIOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

093.665.404-06

JOSÉ JERFESSON DE SOUSA

15/09/1990

CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8823

(81) 9219.0525 / 3075.6564

(81) 9218.3735 / 8874.8263

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 JAN. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO

PROTOCOLO P/ ANÁLISE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2014
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 6.750,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01038
CONTA: 000000018383-2

Nr. da Autenticação 73FDC4D027F96619

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA	COD DE RENAVAM	RENTRC	EXERCICIO
1	984946365	**********	2013

NOME: JANAILSON DE SOUSA SANTOS
3 C CAPIBARIBE-PE

CPF/CNPJ	PLACA
093.665.414-70	KLV2178

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

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA/	GASOLINA

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

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

IPVA — COTA UNICA: IPVA 2013 QUITADO — VENC. COTA UNICA: — VENC/COTAS: 1ª ******** 2ª ******** 3ª ********
FORMA PVA: 1 — PARCELAMENTO/COTAS: **********

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

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL	DATA
3 C CAPIBARIBE-	10/10/13

Maria de Fátima Bezerra R. Costa
Diretora Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANO PESSOAL CAUSADO POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 010334595557 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCICIO	CPF/CNPJ	PLACA
2013	093.665.414-70	KLV2178

JANAILSON DE SOUSA SANTOS
3 C CAPIBARIBE-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	093.665.414-70	KLV2178

RENAVAM	MARCA/MODELO
984946365	HONDA/NXR150 BROS K3

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO:

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
PIR NÃO PODE PORTE OBRIGATÓRIO

008-2013

DUT
1004032

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

OUTROS

1004054

CENTAURO
vida e previdência
Seguros para viver

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 577272

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

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

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

( ) Certidão Nº 13E0201000469 da autoridade policial sobre a ocorrência;
( ) DUT Nº_____ ( ) _____ ( ) _____
( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) _____ ( ) _____
( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) _____ ( ) _____

Beneficiários

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

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

_____

_____

_____

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

Local do Aviso _____ Data __/__/____

Local da Entrega _____ Data __/__/____

_____ Beneficiário

_____ Centauro Vida e Previdência

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

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

AVENIDA TRE[illegible] DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402
Centro – Cep: 20031-007
Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402
site: http://www.centauroseg.com.br e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

CENTAURO
vida e previdência
Seguros para viver

Registro de Sinistro

DP.: 111
Processo:
Código: 577272

081327

Unidade	Parceiro	Sub-Parceiro
CENTAURO RIO DE JANEIRO	M.S.A. SERVIÇOS DE	MR ASSESSORIA

BO Nº	Data BO	DELEGACIA
13E0201000469	29/11/2013	DP JATAUBA

Placa	Tipo de Veículo	IML
KLV-2178/PE	09-Ciclomotor/Motonefa/Motocicleta/Triciclo	

Nome da Vítima	Tipo Sinistrado	Natureza
JOSE JEFESSON DE SOUSA SANTOS	3 - Motorista	2 - INVALIDEZ

Sexo Sinistrado	Data Nascimento	Tipo de CPF	CPF da Vítima	Data Ocorrência / Hora
MASCULINO	15/09/1990	0 - Possui CPF	093.665.404-06	10/11/2013 / 19:50

Cidade	UF	CEP	Telefones
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	PE	55190-000	

Email
atendimento@salek.com.br

Qtde.Benef.	Data Óbito	Médico	Valor(INVALIDEZ)
1		NC	0,00

Beneficiários

Nome / CEP / Profissão	Endereço / Complemento	Tipo Benef. / Vínculo / Renda	Bairro	Dt.Nasc. / Cidade	CPF/CNPJ / UF
JOSE JEFESSON DE SOUSA SANTOS 55190-000 OUTROS	RUA JOAO BARBOSA 8	Vítima VITIMA RECUSOU INFORMAR.	CENTRO/ POÇO FUNDO	15/09/1990 SANTA CRUZ DO	093.665.404-06 PE

Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 1038 C/P 18383-2

Histórico

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

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

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

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

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

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSÉ JERECSSON DE SOUSA SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 8.505.101 EXPEDIDO POR SDS/AC EM 22/02/08 E

CPF 009.665.404-06 /CNPJ ___.___.___-___, PROFISSÃO AUTONÔMO

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

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO *1004039

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

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

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

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

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

☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO_____ AGÊNCIA_____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE_____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA_____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA_____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA_____

☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 - AGÊNCIA 3038 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA 18383-2

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

LOCAL Senta Cruz do Capibaribe DATA 05/12/2013

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) x José Jerecsson de Sousa Santos.

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN 2014
RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradoltransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA. | EXTRATO DE POUPANCA

PAG: 001

AG: 1038. SANTA CRUZ DO CAPIBA OPER: 013 CONTA: 18.383-2

PERIODO: 01112013 ATE: 16122013 CPF: 093.665.404-06

NOME: JOSE JERFESSON DE SOUSA S VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
09/12/2013	100000	DP DINH AG	0,00000000	50,00 C	50,00 C

SALDO EM 13/12/2013 R$ 50,00 C

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.

F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE JATAÚBA
111ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 13E0201000469

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

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

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

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

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

BOLETIM DE OCORRENCIA "1604025"

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

(NOTICIANTE) - MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA LAGOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**
Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA SOUZA**; Pai: **GERALDO PEDRO DE SOUZA** Data de Nascimento: **29/8/1987**;
Naturalidade: **JATAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **7058297/SDS/PE (RG)**, **[illegible] (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**; Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**;
Profissão: **AGRICULTOR(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **96715924**
Endereço Residencial: **RUA JOAO BARBOSA, S, 0, VILA DE POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**
Dados Comercial: **NÃO INFORMADO**

(VITIMA) - JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA**; Pai: **GERALDO PEDRO DE SOUSA** Data de Nascimento: **19/8/1990**; Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **[illegible]/SDS/PE (RG)**, **[illegible] (CPF)** Estado Civil: **SEPARADO(A)**; Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**;
Profissão: **AGRICULTOR(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **97977828**
Endereço Residencial: **RUA JOAO BARBOSA, S, 0, VILA DE POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**
Dados Comercial: **NÃO INFORMADO**

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

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

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

Placa: **NLV2178 (PERNAMBUCO / SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE)** Renavam: **[illegible]** Chassi: **[illegible]**

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

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 13E0201000469

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2013** às **09:03**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2013** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MOREIRAS, 1** - Bairro: **ZONA RURAL** - Município: **JATAUBA** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A LANCHONETE**
Logradouro: **VIA PUBLICA** - Número: **NAO INFORMADO**

Nome(s) envolvido(s) no acontecimento:
MARIA GIZELIA DA SILVA SOUZA LADOS (NOTICIANTE)

JOSE JERFERSON DE SOUSA SANTOS (VITIMA)

Descrição(ões) envolvido(s) no acontecimento:
VEICULO: (Usado na operação da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS

Qualificação de(s) pessoa(s) envolvida(s)

(NOTICIANTE) - MARIA GIZELIA DA SILVA SOUZA LADOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**
Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA SOUZA**; Pai: **GERALDO PEDRO DE SOUZA** Data de Nascimento: **28/10/87**;
Naturalidade: **JATAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documento: **7285297 SSP (RO)**, **08172528450 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**; Escolaridade: **7ª. GRAU INCOMPLETO**;

Profissão: **AGRICULTOR(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **87072429**
Endereço Residencial: **RUA JOAO BARBOSA, S, 0, VILA DE POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Bairro Comercial: **NÃO INFORMADO**

(VITIMA) - JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA**; Pai: **GERALDO PEDRO DE SOUSA** Data de Nascimento: **18/01/90**; Naturalidade: **BRELO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documento: **8809105SSP (RO)**, **05584946408 (CPF)** Estado Civil: **SEPARADO(A)**; Escolaridade: **7ª. GRAU INCOMPLETO**;

Profissão: **AGRICULTOR(A)**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **87072429**
Endereço Residencial: **RUA JOAO BARBOSA, S, 0, VILA DE POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Bairro Comercial: **NÃO INFORMADO**

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

MOTOCICLETA **(VEICULO)** , que estava em posse de(a) Sr(a): JOSE JERFERSSON DE SOUSA SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / NXR 150 BROS** - Objeto apreendido: **NAO** - Número de série: **NÃO INFORMADO**
Qtd: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **NAV9170 (PERNAMBUCO / SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE)** Renavam: **00000000** Chassi: **9C2KC0840DR000103**

Ano Fabricação/Modelo: 2008 / 2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

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

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

Maria Giselia da Silva Souza Lages

MARIA GISELIA DA SILVA SOUZA LAGOS
(NOTICIANTE)

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE JATAÚBA
111ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ ANÁLISE

CERTIDÃO DE INEXISTENCIA DE IML *1004029*

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSÉ JEFFESSON DE SOUSA SANTOS,

Portador da carteira de identidade(RG) nº 8.505.101 e inscrito no CPF sob o nº 093.665.404-06, residente e domiciliado na RUA - JOÃO BARBOSA, Nº08, POÇO FUNDO ,cidade SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado PE ,DECLARO sob as penas da Lei que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do instituto médico legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícia para fins de prova do seguro DPVAT; ou,

( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90(noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do seguro DPVAT para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do instituto médico legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do 1º do Art.3º da Lei nº 6.194/74.

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

José Jefferson de Sousa Santos

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
21 JAN. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
NÚCLEO PI ANÁLISE

Santa Cruz do Capibaribe - PE 05/12/2013

Local de data

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

DANOS

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

Valor avaliado: 6.750,00

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

23/11/2020

Número: **0024586-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **28/05/2020**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS (AUTOR)	**BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)** **MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71441366	23/11/2020 13:59	ANEXO 2	Outros (Documento)

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

Pag. 00391/00392 - carta_01 - INVALIDEZ

00030196

Carta nº 14412428

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00699/00700 - carta_30 - INVALIDEZ

00020350

Seguradora LÍDER

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

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSÉ JERFESSON DE SOUSA SANTOS | CPF: 093.665.404-06

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

Bairro: 17º PEREZA | Cidade: Cruz do Cap | Estado: PE | CEP: 55195-006

E-mail: | Tel. (DDD): 81 9 1613907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ 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 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 18383 2 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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, recolhendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

MORTE

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 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

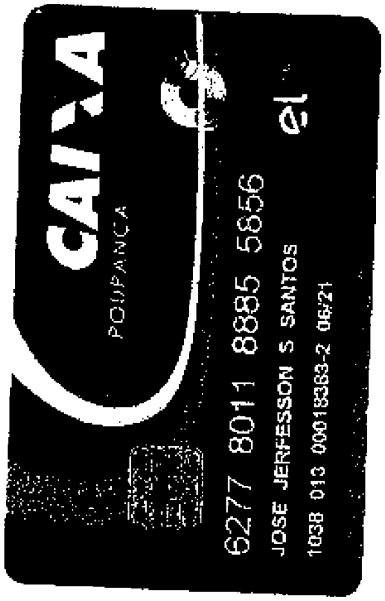
2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) 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.


CAIXA
POUPANÇA
6277 8011 8885 5856
JOSE JERFESSON S SANTOS
1038 013 00018383-2 06/21

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro na SSL: Data do sinistro: 06.06.2020 Nome completo da vítima: JOSÉ JEFFESSON DE SOUSA SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSÉ JEFFESSON DE SOUSA SANTOS CPF: 043.665.404-06

Profissão: LIMPA Endereço: RUA SOBRAL Número: 229 Complemento: CASA

Bairro: JARDELEZA Cidade: CAPÃO DO LEÃO Estado: RS CEP: 96195-000

E-mail: Telefone: 81 9 9162-2902

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

RENDA MENSAL

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$4.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$4.001,00 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 conta pessoal. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (pessoa física)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0133 (informar dígito verificador) CONTA: 1[illegible] (informar dígito verificador) AGÊNCIA: (informar dígito verificador) CONTA: (informar dígito verificador)

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro sob as penas da lei, [illegible] (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

[illegible]

MORTE

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: A vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

A vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Pais: A vítima deixou herdeiros (ou sucessores)? ☐ Sim ☐ Não A vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que [illegible]

Inicial e Data: [illegible] 28-05-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT CONFERIDO NÃO VERIFICADO 01 JUN 2019 Caixa Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Flamengo Recife - PE

x José Jefferson de Sousa Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

* A vítima/beneficiário não alfabetizada 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.

[illegible]ÁRIO ANEXAR COPIA 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 - 14º 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 DINTER1/17ªDESEC

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 - 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-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): JOSE 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 do Nascimento: **16/9/1990** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 170, 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)

20/03/2019 19:27

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-158 - 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 A UPA24H DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR A OCORRENCIA.

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 FIGUEIRÊDO DE SALES PEREIRA** - Matrícula: **3873650**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
12ª C RCIUNSCRIÇÃO

3190362865

523155
0163112/1

527572
Adl 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 DINTER1/17ªDESEC

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 - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **7/3/2019** no período de **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 no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA** Pai: **GERALDO PEDRO DE SOUSA** Data de Nascimento: **18/9/1998** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 678, RUA BAHIA - BAIRRO: CRUZ ALTA - CEP: 55609-000 - 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)

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

MOTONETA (VEICULO) MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA JOSE JEFFERSON DE SOUSA SANTOS MOTONETA HONDA BIZ 125 NS VERMELHA (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PGD9642 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
2012-2013

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA NO DIA 29 DE MARÇO DE 2019 O SR. JOSE JEFFERSON DE SOUSA SANTOS RELATANDO QUE: NO DIA 07.03.2019, ESTAVA CONDUZINDO A MOTONETA - HONDA BIZ - PLACA: PGD9642 - NA RODOVIA PE-160 - 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 OCORRENCIA.

Assinatura das pessoas presentes nesta unidade policial

JOSE JEFFERSON DE SOUSA SANTOS
(VITIMA)

FELIPE FIGUEIRÊDO DE SALES PEREIRA Matrícula: 2872660

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
PARA INSCRIÇÃO

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

Seguradora LÍDER

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

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSÉ JERFESSON DE SOUSA SANTOS | CPF: 093.665.404-06

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

Bairro: 17º PEREZA | Cidade: Cruz do Cap | Estado: PE | CEP: 55195-006

E-mail: | Tel.(DDD): 81 9 1613907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ 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 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 18383 (2) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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, recolhendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

MORTE

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 Líder pagará, cada qual, 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) 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.

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro na SSL: Data do sinistro: 06.06.2020 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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSÉ JEFESSON DE SOUSA SANTOS CPF: 043.665.404-06

Profissão: REPA Endereço: RUA SABIÁ Número: 229 Complemento: CASA

Bairro: JARDIM ELEFÁ Cidade: CAPÃO DA CANOA Estado: RS CEP: 95195-000

E-mail: Telefone: 51 9162-9902

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

RENDA MENSAL

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$4.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$4.001,00 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 conta pessoal. Assinale uma opção: ☐ **CONTA CORRENTE** Pessoa física

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0133 (informar dígito verificador) CONTA: 1[illegible] (informar dígito verificador) AGÊNCIA: (informar dígito verificador) CONTA: (informar dígito verificador)

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro sob as penas da lei, [illegible] (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atende 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

[illegible]

MORTE

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: Pais: Vítima deixou filhos menores: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais vivos: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

Local e Data: [illegible] 08/05/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS 1º | Nome: CPF: Assinatura

2º | Nome: CPF: Assinatura

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT CONFERÊNCIA DE VEÍCULO 01 JUN 2019 Caiçara Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Sala 5 Recife - PE

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

* A vítima/beneficiário não alfabetizada deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEG. PÓGIL 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.

[illegible]ÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

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

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

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
Paciente: JOSE JERFESSON 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: 12 / 04
Temperatura:
Pulso:
Peso:

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

Liberação do Paciente: Data: / / Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

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: 11.194.515/0001-25 CNES: 7784480 FONE (81)99882 0904 CEP 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 3198049 07/06/2019 18:30:39 Código: 0203872
Paciente: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS SUS: 700003749681104
Sexo: MASC D. Nasc: 15/09/1997 Idade: 20 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 _____ Pulso _____

Temperatura _____ Peso _____

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

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

Conduta:

Liberação do Paciente: Data ___/___/_____ Hora _____

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Atendente

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

CELPE
www.celpe.com.br

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
JOSILANE TEIXEIRA DA SILVA
CPF: 040.999.124-42

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BAHIA 570 –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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
30/04/2019	23/04/2019	007015734579
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 23/04/2019	Nº DO CLIENTE 2012855031
102,62	NÚMERO DA NOTA FISCAL 059354008	Nº DA INSTALAÇÃO 0005872604

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
5AB5.359A.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

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencto	De Rasv	Valor
28/02/19	23/04/19	95,02

Este comunicado NÃO isentará aviso de débito anteriormente e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento prevista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também exercer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 88 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo(kWh): 0,52154003

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
ABR	19	125
MAR	19	116
FEV	19	139
JAN	19	120
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	184

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	27,98	30,15
Transmissão	4,14	4,46
Distribuição (Celpe)	19,38	20,88
Encargos Setoriais	4,89	5,26
Tributos	30,71	33,08
Perdas 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	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
92,80	25,00	23,20	92,80	1,35	1,25	92,80	6,21	5,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000031323310 40	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 INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		fev/2019			
DEC-Nº de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	5,19	10,38	20,77
FEC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,34	0,00	0,00
DICRI-Duração da interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

TUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 33,33

Todo Consumidor pode acompanhar a apuração dos indicadores DEC, FEC, DMIC e DICRI a qualquer tempo

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você farmacia oliveira: avenida beira vista beira vista / pagfácil: r aco paulo cruz altaListe completa em www.celpe.com.br."
Na data da fatura 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%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 do 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

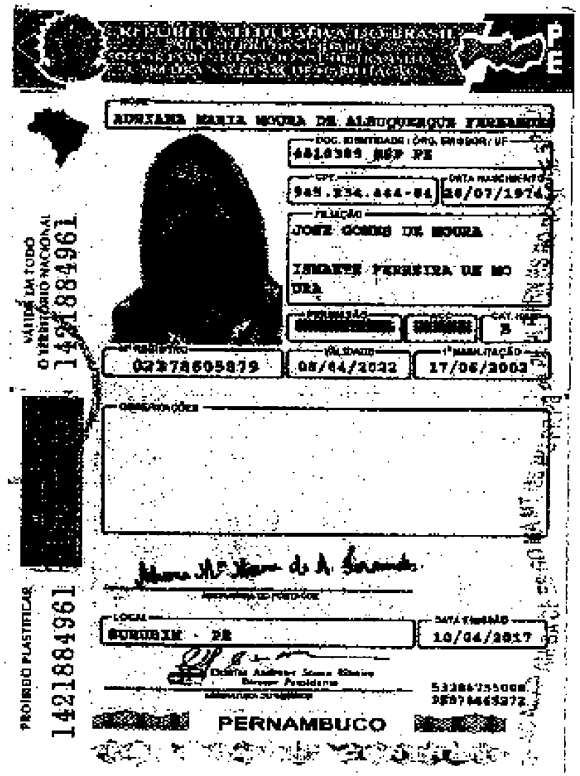
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 dobras e perfurações no canhoto.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



IDENTIDADE MILITAR NACIONAL BRASIL

PE

NOME: ROSIANE MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 4418389 SSP PE

CPF: 945.234.444-04

DATA NASCIMENTO: 28/07/1974

FILIAÇÃO: JOSÉ GOMES DE MOURA

IRANETE FERREIRA DE MOURA

CAT. HAB.: B

Nº REGISTRO: 02378605879

VALIDADE: 08/44/2022

1ª HABILITAÇÃO: 17/06/2003

OBSERVAÇÕES

LOCAL: SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO: 10/04/2017

Diretor Presidente

53286755008

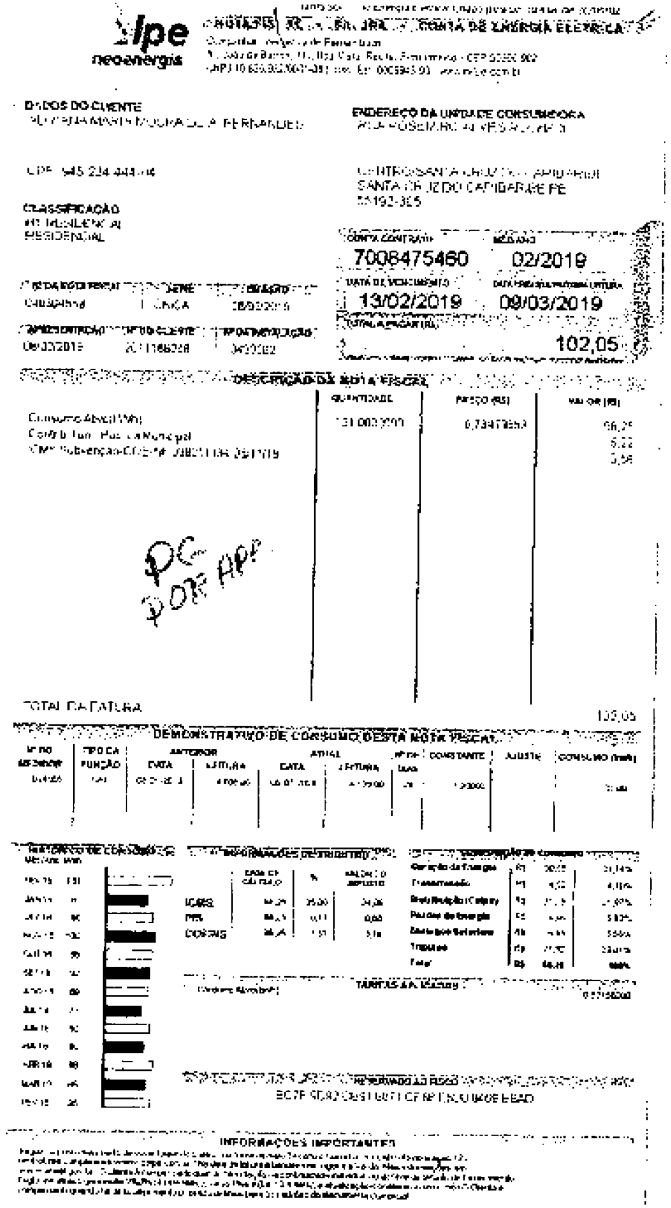
PERNAMBUCO

NATIVO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR

1421884961



neoenergia

NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ROSIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FOSCILIRO ALVES SANTANA

CENTRO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-315

CONTA CONTRATO: 7008475460

MÊS/ANO: 02/2019

DATA DE VENCIMENTO: 13/02/2019

DATA PREVISTA PARA LEITURA: 09/03/2019

TOTAL A PAGAR (R$): 102,05

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo (kWh)	131,000000	0,73473853	96,25
Contribuição Pública Municipal			5,22
CIP Subvenção Cliente			0,58

PG POR APP

TOTAL DA FATURA 102,05

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	25,00	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	0,00
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Geração de Energia	R$	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]
Distribuição Calpey	R$	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]
Total	R$	[illegible]

TARIFAS ANEEL

RESERVADO AO FISCO

ECTE SCD2 CS1 0071 CF NF ECU 0005 EBAD

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

COMPANHIA ENERGETICA DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005643-93

CELPE
www.celpe.com.br

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 5598
Agência de Regulação dos Serviços Publicos 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 moveis

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
55195-000 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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
30/04/2019	23/04/2019	007015734579
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 23/04/2019	Nº DO CLIENTE 2812955021
102,62	NUMERO DA NOTA FISCAL 059354008	Nº DA INSTALAÇÃO 000587284

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
5A85.358A.7B8C.5FF3.E8F5.3D98.C705.6A40

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	120,00	0,773336897	92,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 051677559-20/02/19			8,52
Multa por atraso-NF 051677559 - 20/02/19			2,32
Juros por atraso-NF 051677559 - 20/02/19			0,61
Atualização IGPM-NF 051677559 - 20/02/19			0,34
TOTAL DA FATURA			102,62

EM ATE 15 DIAS: DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Mês/Ano	Data Venc.	Valor
03/2019	23/04/19	35,32

Tarifas Aplicadas

HISTÓRICO DO CONSUMO

ABR	189
MAR	159
FEV	138
JAN	125
DEZ	138
NOV	144
OUT	137
SET	122
AGO	125
JUL	137
JUN	134
MAI	143
ABR	164

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Energia de Energia	2,38	28,15
Transmissão	4,14	4,89
Distribuição Custos	12,08	14,28
Encargos Setoriais	4,71	5,56
Tributos	28,27	33,34
Energia de Energia	6,14	6,17
TOTAL	52,84	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	CAT	23/03/2019	6.343,00	23/04/2019	6.1[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DATA PREVISTA PARA A PROXIMA LEITURA: [illegible]

CONTEÚDO [illegible]
04 JUN 2019
Gerente [illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR MEDIDO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
2019					
DEC-Duração Equiv. em Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	1,24	0,13	13,24	12,77
FEC-Falta Equiv. em Energia		1,30	1,34	1,82	15,28
DMIC-Duração Máxima de Interrupção Contínua		1,24	2,84	1,23	1,84
DICRI-Duração de Interrupção de Cargas Críticas					

REUSO: Valor de Energia de Uso = R$ [illegible]

Uso: Comparar para validar a operação das equipes de [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você. Tarifa social [illegible] Data - pagável à vista - pagável à vista.
[illegible] 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 35.458-13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res.414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no pró mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento e 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

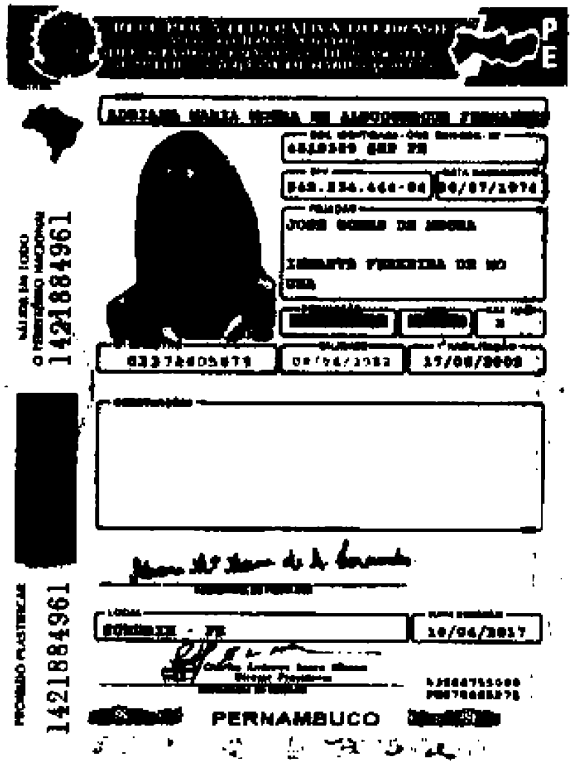
DESTAQUE AQUI

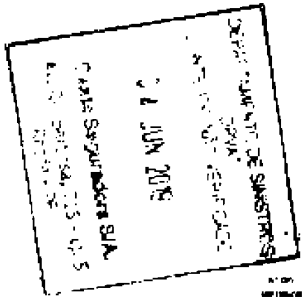
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR R$	VENCIMENTO
007015734579	04/2019	102,62	30/04/2019

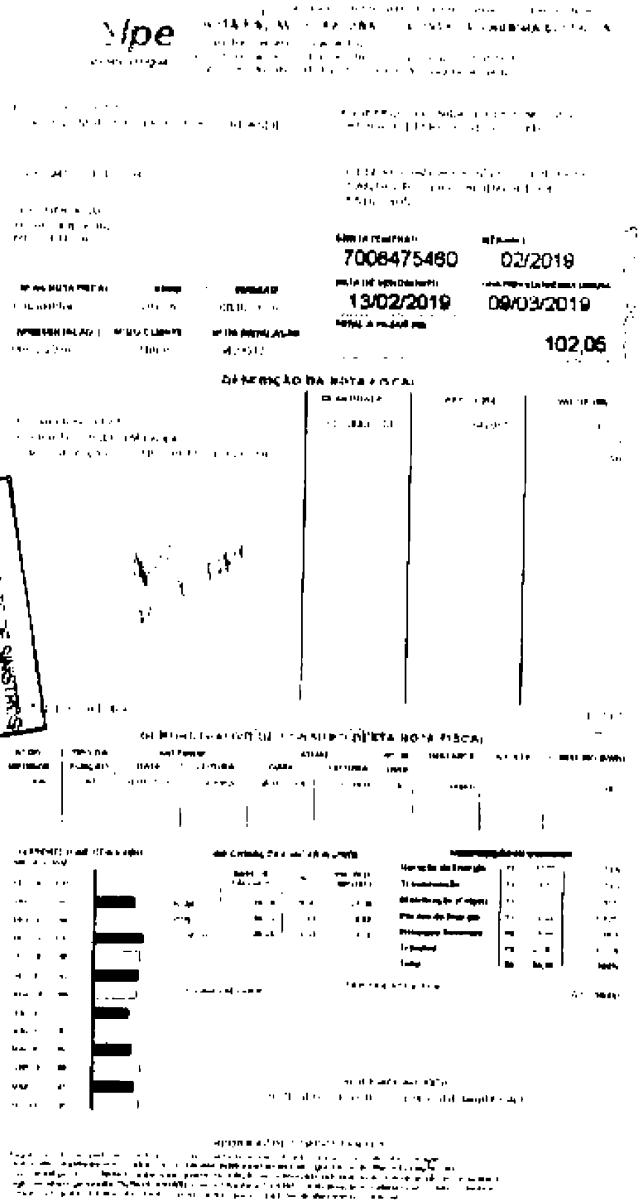
TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobras, perfurações ou danificar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000016 026200110075 015734579100 138885359333







Seguradora LÍDER

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 SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 nº9.613/98.

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 JOSÉ JEFFESSON DE S. SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 093.665.404/06, do sinistro de DPVAT cobertura INV. da Vítima JOSÉ 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. ROSEMIRO ALVES DA ROCHA		Número: 03	Complemento: CASA
Bairro: Centro	Cidade: J. CRUZ DO CAP	Estado: PE	CEP: 55190305
Email:	Telefone comercial(DDD):		Telefone celular (DDD): 81916139 07

J. Cruz do Cap. PE 08 de maio de 2019
Local e Data

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

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora **LÍDER**

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 SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible] na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible] do sinistro de DPVAT cobertura [illegible] da Vítima [illegible] inscrito (a) no CPF sob o Nº [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: [illegible] Renda: [illegible] e apresento os documentos comprobatórios:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONFERIDO NÃO VERIFICADO 04 JUN 2015

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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: [illegible] Número: [illegible] Complemento: [illegible]

Bairro: [illegible] Cidade: [illegible] Estado: PE CEP: [illegible]

Email: [illegible] Telefone comercial (DDD): [illegible] Telefone celular (DDD): [illegible]

[illegible] de [illegible] de 2015

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria Helena dos Santos Lima,

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

Órgão _____, portador do CPF nº 037.221.674-93 com domicílio na cidade de Gª Cruz do Capibaribe, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Bahia, Santa Tereza, nº 579-A

complemento CAA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Ferisson de S. Santos e o condutor era José Ferisson de Sousa Santos

Veículo: Motoneta
Modelo: 2013
Ano: 2012
Placa: PGD 0642
Chassi: 9C2JC4820DR026294
Data do Acidente: 07-03-19
Local e Data: Gª Cruz do Capibaribe 06-05-2019

Maria Helena dos Santos Lima
Assinatura do Declarante

José Ferisson de Sousa Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Tabelião ISAAC AECIO FREITAS MIRANDA
Reconheco 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 ___ da verdade.
Romara Eva dos Santos Cavalcanti Sales - Escrevente
Selo(s): 0159267 PNR09201901.05134
* Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital.

Declaração do Proprietário do Veiculo

Eu, [illegible]

RG nº 5343546 data de expedição ___/___/___

Orgão _____ portador do CPF nº [illegible] com domicilio na cidade de [illegible] no Estado de [illegible] onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) [illegible] nº 579-A

complemento [illegible] declaro sob as penas da Lei que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima [illegible] cujo o condutor era [illegible]

Veiculo [illegible]
Modelo [illegible]
Ano [illegible]
Placa [illegible]
Chassi [illegible]
Data do Acidente: [illegible]
Local e Data: [illegible]

Assinatura do Declarante

[illegible]

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

Reconhecido por AUTENTICIDADE - Firmado por MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA
Comarca de Santa Cruz Cabralia - 07/06/2019 - Total: [illegible]
Em testemunho da verdade
Romana Eva dos Santos Caracanti Salles - Escrevente
Selo de Consulta: 1159467 - Data: 20/06/2019 06:34
Consulte autenticidade em www.tjba.jus.br/selodigital

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019
Porto Seguro S/A.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: [illegible]

[illegible]

Data: ___/___/___ ___ MÉDICO

0 7 MAR. 2019

Nome: _____ Rg.: _____
Medicamentos: _____

Data: ___/___/___ ___ MÉDICO

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
	03 665 404-06	8505101 SSP PE		

Filiação
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SO Pai: GERALDO PEDRO DE SOUSA

Fone Residencial: 98262/191
Fone Trabalho:

Endereço
JOAO HENRIQUE RAMOS,47 POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE CEP: CEP 55198000

Complemento Endereço:

Atendimento	Data	Hora	Setor
2333143	07/03/2019	23:31	3008-SECRETARIA CONVENIOS

Tipo Atendimento: 5-INTERNACAO CIRURGICA

Médico Atendente: 2305-RAILTON MARINHO DA COSTA

Motivo Atendimento: 4-INTERNACAO/URGENCIA

Plano / Convênio	Nº Carteira	Validade	Nº CNS
37 PACOTE/1 PACOTE ENFERMARIA			700003/49581104

Posto	Acomodação	Leito
ALA LUCIANO LOBO	203006 APARTAMENTO 62	AP62-2

Guia	Procedimento
INTERNACAO	99996666 INTERNACAO

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

Assinatura

CAMPINA GRANDE 07 de 03 de 19

Responsável: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS
Endereço: JOAO HENRIQUE RAMOS, 47 Bairro POCO FUNDO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
Telefone: 3199618503

CAMPINA GRANDE, 07 de Março de 2019

MICHAEL
Responsável pelo Atendimento

JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS
Responsável pelo Paciente

RX REALIZADO
EM 08/03/19

HOSPITAL
ANTONIO CARLONO

PACIENTE: [illegible]
Nº DO PROV. CARDÍACO: Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: 08.03.18 ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR: [illegible]
1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: [illegible] TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: [illegible]
TIPO DE OPERAÇÃO: [illegible]
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MACROSCÓPICO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SEQUÊNCIA DE AÇÕES: [illegible] TÉCNICA CIRÚRGICA: DRENAGEM [illegible] MATERIAL EMPREGADO: ASPECTO - VÍSCERAS

[illegible]

Dr. [illegible]
CRM [illegible]

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: [illegible] Santos

REG: [illegible] LEITO: 62.2 CONVÊNIO: [illegible]

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	

EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

NOME:

LEITO: CONVÊNIO:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
18/03/19 Dieta livre	
S. Fisiológico 500 ml	
Cefalotina 1g 1006	08
Amicacina 1006	08
Tramadol 40 gotas	08
Tramadol 100 IV 12/12 (SN)	
Dipirona 1V 8/8 (SN)	
Omeprazol 1V	
Ondansetrona 1V	

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com fratura distal fêmur direito e sutura p. fut. imp.

PCTA 01 16:00 hs

HUT HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jefferson de S. Santos | IDADE:

ALA: [illegible] | LEITO: 622 | MÉDICO:

DATA: 30 / 03 / 19

MANHÃ

TARDE

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

NOITE

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: IDADE:

ALA: LEITO: MÉDICO:

DATA: / /

MANHÃ

TARDE

NOITE

Paciente admitido para procedimento eletivo, mediante CPA, aferido SSVV, sem anormalidades no momento, RX no pronto-socorro, coletado sangue pelo laboratório, aguardando resultados, aguardando chamada do C.C. pela manhã, segue aos cuidados da Enfermagem.

PREFEITURA DE TAQUARITINGA DO NORTE - PE

SECRETARIA DE SAÚDE TAQUARITINGA DO NORTE - PE

RECEITUÁRIO MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 725 - Loja
Recife - PE

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: 11.194.515/0001-25 CNES: 7784480 FONE (81)99882 0904 CEP 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 3198049 07/06/2019 18:30:39 Código: 0203872
Paciente: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS SUS: 700003749681104
Sexo: MASC D. Nasc: 15/09/1997 Idade: 20 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 _____ Pulso _____

Temperatura _____ Peso _____

Histórico da Doença atual:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

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

Conduta:

Liberação do Paciente: Data ___/___/_____ Hora _____

Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Atendente

07 MAR 2019

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

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 ADÉMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DIVAL
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 1
Recife - PE

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Data: ____/____/_____ _____
MÉDICO

3 MAR. 2019

Nome: _____ Rg. _____
Medicamentos: _____

Data: ____/____/_____ _____
MÉDICO

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

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA 07/03/2019
HORA [illegible]

2333143

Prontuario	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
948974	JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS	15/09/1993	24	M		PARAIBA MADRE	

Estado Civil	CPF	RG	Grau de instrução	Profissão
	[illegible]	[illegible]		

Filiação
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS Pai: GERALDO LEITE DE SOUSA

Fone Residencial: [illegible] Fone Trabalho:

Endereço
GALDINO NRIQUE RAMOS 42 POCO FUNDO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE LEP CEP 55198000

Complemento Endereço

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT COMITÊ DO NÃO VERIFICADO 04 JUN 2019 Guaral Seguradora S/A Av. Ruy Barbosa, 715 - Ur... Recife - PE

Atendimento	Data	Hora	Setor
2333143	07/03/2019	23:31	3008 SECRETARIA CONVENIOS

Tipo Atendimento
5 INTERNACAO CIRURGICA

Medico Atendente
1295-GALILEU MARINHO DA COSTA

Motivo Atendimento
4 INTERNACAO URGENCIA

Plano / Convenio	Nº Carteira	Validade	Nº CNS
2 FAECE PLANO ENFERMARIA			[illegible]

Posto	Acomodação	Leito
ALA LUCIANO LOBO	203006 APARTAMENTO 62	[illegible]

Guia	Procedimento
INTERNACAO	[illegible]

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 fato ocorrerem.

Obrigo-me assim, a volver os valores tão logo sejam apresentados bem como os respectivos cupons na forma de regulamento e [illegible]

Assinatura

CAMPINA GRANDE, 07 de 03 de 19

CAMPINA GRANDE , 07 de Março de 2019

MICHAEL
Responsável pelo Atendimento

JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS
Responsável pelo Paciente

RX REALIZADO 07/03/19

Responsável: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS
Endereço: GALDINO HENRIQUE RAMOS 42 POCO FUNDO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
Telefone: [illegible]

HOSPITAL
ANTONIO PEDRINO

PACIENTE:
Nº DO PRONTUÁRIO:
Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: 03.06.19
ENFERMARIA:
LEITO:
OPERADOR:
1 AUXILIAR:
2 AUXILIAR:
3 AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
TIPO DE OPERAÇÃO:
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO:

EXAME RADIOLÓGICO TRANSOPERATÓRIO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

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

ANTONIO TARCIN

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONVÊNIO:

DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HAT HOSPITAL ANTONIO TARACIN

NOME:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO

DATA:

MEDICAMENTO

HORÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
04 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
EVOLUÇÃO/RDC-PE

HAT
ANTONIO JARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: [illegible] IDADE:
LEITO: 622 MEDICO:
DATA: 30/03/19

MANHÃ

TARDE

[illegible] Interna [illegible] Pu, [illegible] hospital.

NOITE

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

HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: IDADE:

LEITO: MÉDICO:

DATA: / /

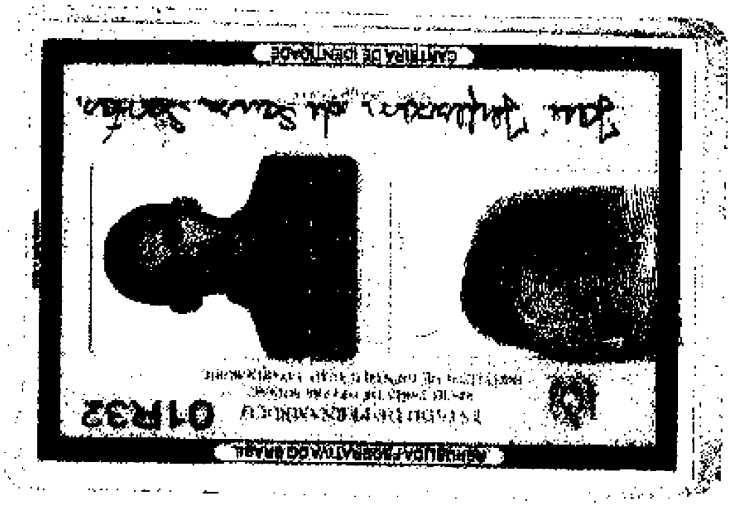
MANHÃ

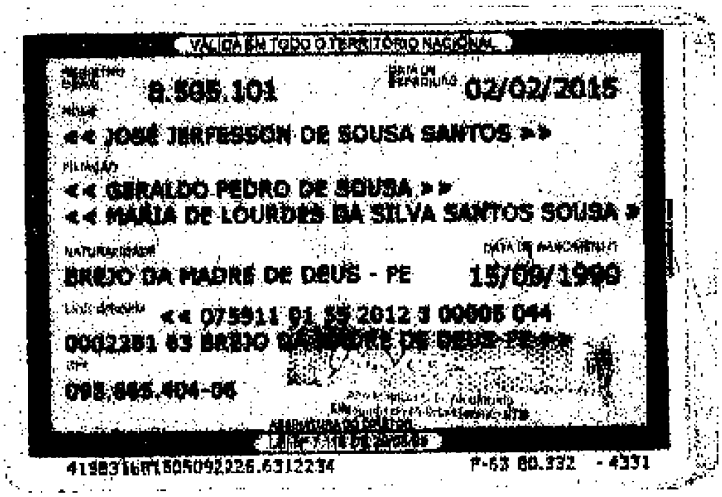
TARDE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
"PRIAT"
CONFERIDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Boa Viagem, 715 - Sala 5
Recife - PE

NOITE

[illegible]





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.505.101 02/02/2015

<< JOSÉ JERFESSON DE SOUSA SANTOS >>

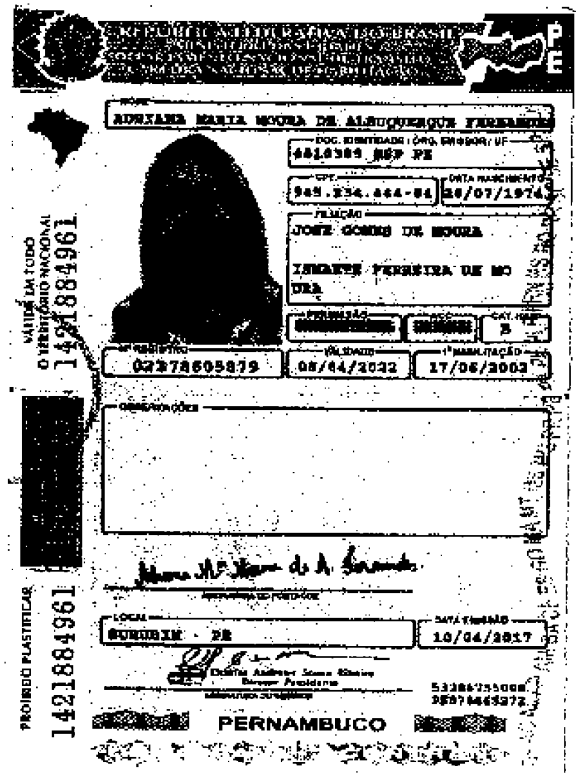
<< GERALDO PEDRO DE SOUSA >>
<< MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA >>

BREJO DA MADRE DE DEUS - PE 15/09/1999

<< 075911 01 55 2012 3 00005 044
00022351 63 BREJO DA MADRE DE DEUS-PE >>

098.845.404-04

4198316M1805092026.6312234 P-63 80.332 - 4331



IDENTIDADE NACIONAL DE BRASIL

PE

ROSIANE MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

4818389 SSP PE

945.234.444-04

28/07/1974

FILIAÇÃO

JOSÉ GOMES DE MOURA

IRANETE FERREIRA DE MOURA

02378605879

08/44/2022

17/06/2003

OBSERVAÇÕES

SURUBIM - PE

10/04/2017

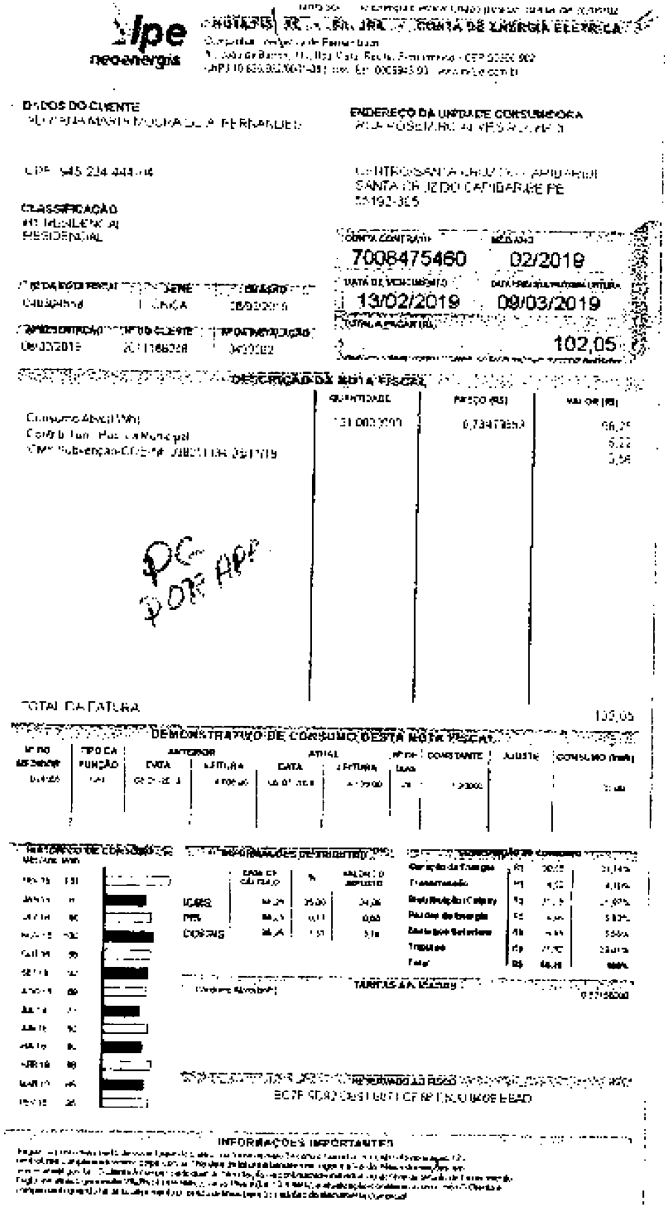
PERNAMBUCO

NATIVO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR

1421884961



Celpe neoenergia

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ROSIANE MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF 945.234.444-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CENTRO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO 7008475460

MÊS/ANO 02/2019

DATA DE VENCIMENTO 13/02/2019

DATA PREVISTA PARA LEITURA 09/03/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 102,05

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo (kWh)	131,000000	0,73473853	96,25
Contribuição Pública Municipal			5,22
CIP Subvenção Cliente			0,58

PG
DOF APP

TOTAL DA FATURA 102,05

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº do Medidor	Tipo da Função	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	[illegible]	25,00	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	0,00
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

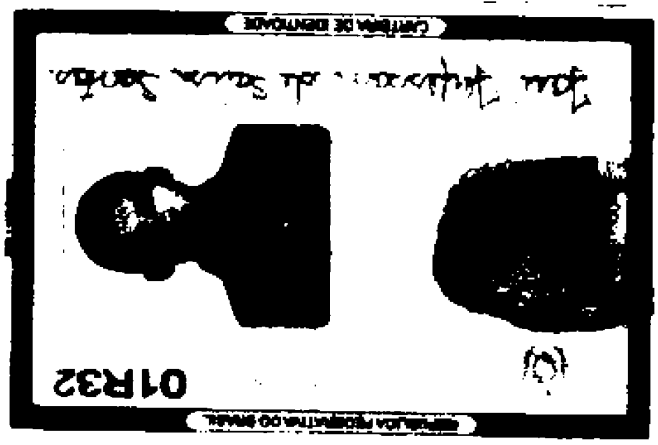
Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição Celpe	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	100%

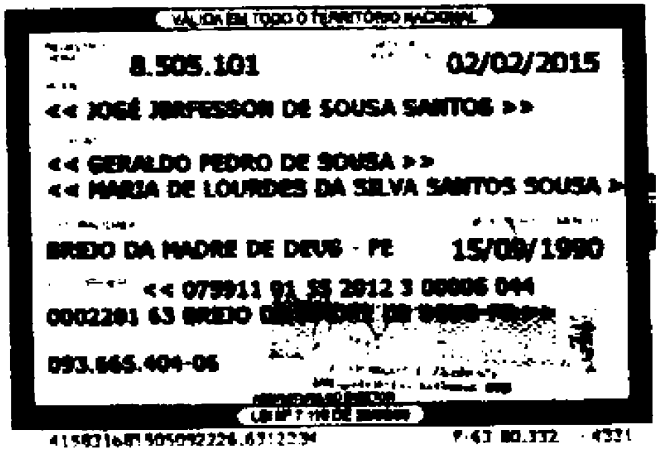
TARIFAS ANEEL

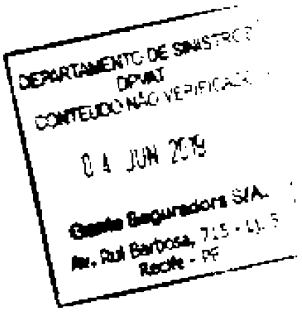
RESERVADO AO FISCO

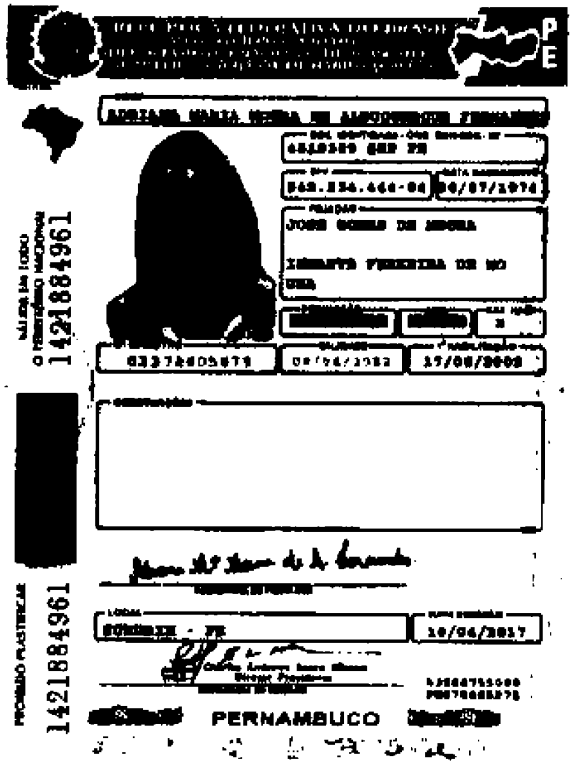
ECTE SD.02 CS.01 0071 CF NF ECU 0005 EBAD

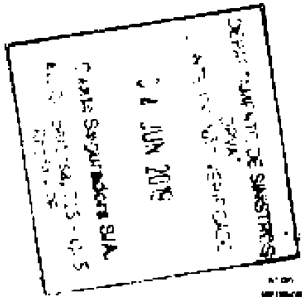
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

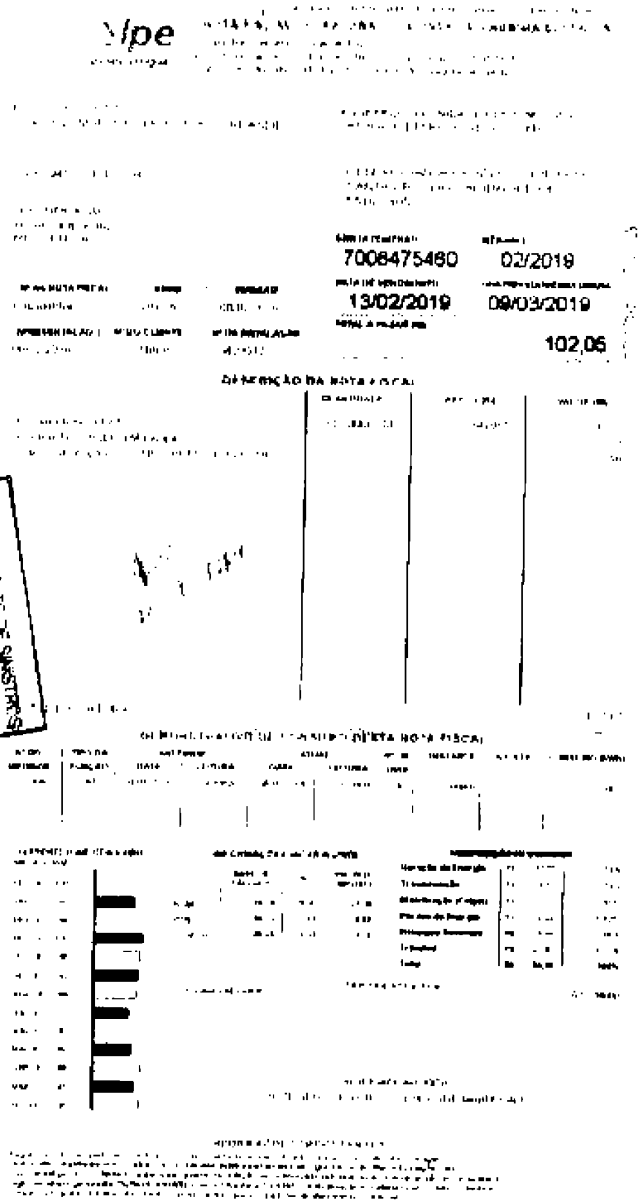

CARTEIRA DE IDENTIDADE
01R32


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
8.505.101
02/02/2015
<< JOSÉ JEFFESSON DE SOUSA SANTOS >>
<< GERALDO PEDRO DE SOUSA >>
<< MARIA DE LOURDES DA SILVA SANTOS SOUSA >>
BREJO DA MADRE DE DEUS - PE
15/09/1990
093.665.404-06


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







DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
1	504927477	**********	2019

NOME: MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA
S C CAPIBARIBE-PE

CPF / CNPJ	PLACA
037.221.674-93	PGD0642

PLACA ANT / UF	CHASSI
********* /PE	9C2JC4820DR026294

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTONETA	ALCO/GASOL

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

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/124CL	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª ********
FAIXA I PVA: 1	PARCELAMENTO / COTAS: **********	2ª ********
		3ª ********

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

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL	DATA
S C CAPIBARIBE	10/01/19

Marcelo Coutinho de Vasconcelos Correia
Diretor Presidente em Exercício DETRAN/PE

CONTRAN

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

PE Nº 014486116301 — BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA
RUA BELO HORIZONTE 812 — 55195-001
STA TEREZA CRUZ ALTA S C CAPIBARIBE-PE

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	PLACA
1	037.221.674-93	PGD0642

RENAVAM	MARCA / MODELO
504927477	HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB	CAT. TAR.	Nº CHASSI
2012	09	9C2JC4820DR026294

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL (ESTAS QUE SEGURO) (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN

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

MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA

S C CAPIBARIBE - PE

037 221 674-91 PLACA PLD0642

********** PE 9C2JC4820DR026294

PAR 2DR/GASOLINA ANO MODELO

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

2P/124CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2019 QUITADO 1ª ********
1 ********** 2ª ********
3ª ********

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

S C CAPIBARIBE - PE DATA 10/01/19

CONTRAN

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

PE Nº 014486116301 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA HELENA DOS SANTOS LIMA

RUA BAIO HORTZONTE 812 55195-001

RTA TIBIRIZA CPOS KM 5 CAPIBARIBE PE

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

2019 10/01/19

VIA 1 037 221 674 91 PLD0642

904927477 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2012 69 9C2JC4820DR026294

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O CERTIFICADO DPVAT
SEM NÃO É UM BOM PORTA-RETRATO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019
Gerente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 1º 5
Recife - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190362865 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 07/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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 JOSÉ JERFESSON DE SOUSA SANTOS

DATA DO ACIDENTE 07-03-19 CPF DA VÍTIMA 093.665.404-06

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA Mª MOURA DE A. FERNANDES

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

ENDEREÇO DO PORTADOR R. ROSEMIRO ALVES DA ROCHA

Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE Cr. CRUZ DO CAB. UF PE CEP 55192-305

E-MAIL TELEFONE (81) 91613907

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) 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 - 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 (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 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

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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08-05-19

IDENTIDADE 4.810.389 SSP/RS

ASSINATURA Adriana M. M. 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

VÍTIMA [illegible]

DATA DO ACIDENTE [illegible] CPF DA VÍTIMA [illegible]

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO [illegible]

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL (CÔNJUGE, COMPANHEIRO(A), PAI, MÃE, FILHO(A), TUTOR, CURADOR, TERCEIRO INTERESSADO, ADVOGADO, PROCURADOR, ETC.)

ENDEREÇO DO PORTADOR [illegible]

Nº [illegible] COMPLEMENTO [illegible] BAIRRO [illegible]

CIDADE [illegible] UF [illegible] CEP [illegible]

E-MAIL ____ TELEFONE [illegible]

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- [X] REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**
- [X] CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- [X] CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- [ ] LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**
- [X] NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUTÓPSIA NEGADA ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- [X] RELATÓRIO DE ATENDIMENTO EM HOSPITAIS OU AMBULATÓRIOS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- [X] COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- [X] AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO - RESTITUIÇÃO INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, POR ELE 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 TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- [ ] COMPROVANTES ORIGINAIS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES ALEGADAS
- [ ] NOTAS FISCAIS ORIGINAIS 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 - RESTITUIÇÃO INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, POR ELE 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

FORMULÁRIO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA [illegible]	DATA
IDENTIDADE [illegible]	NOME
ASSINATURA [illegible]	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 PROCURADIOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTIUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.**

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

José Jefferson de Sousa Santos

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
Porto Seguro S/A.
Recife - PE

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 PROCURADIOR 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

[redacted]

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) em. (1)JOSE.
JERFESSON DE SOUSA SANTOS
Dou fé Santa [illegible] Caibaríte, [illegible]/2019 - Total 4,91
Em Testemunho [illegible] da verdade.
Eliane Nilza de Oliveira - Escrevente
Selo(s). 01594671[illegible]4281981 84660
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163112/19

Vítima: JOSE JERFESSON DE SOUSA SANTOS

Data do acidente: 07/03/2019

CPF: 093.665.404-06

CPF de: Próprio

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

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

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA