



Número: **0802013-29.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANGELA MARIA LIMA SANTANA (AUTOR)		DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37194864	27/11/2020 14:19	Petição	Petição
37194865	27/11/2020 14:19	2628956_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
37194866	27/11/2020 14:19	2628956_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08020132920188152001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANGELA MARIA LIMA SANTANA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro. MOTIVO PELO QUAL O SINISTRO Nº 3170477553 FOI CANCELADO.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

INFORMA A SEGURADORA RÉ EXA., QUE A PARTE AUTORA NÃO PREENCHE OS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA SER INDENIZADA, EM RAZÃO DE MORA DO PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT. VEJA, O VENCIMENTO PARA O PAGAMENTO DO BILHETE DO SEGURO OBRIGATÓRIO SE DEU DIA 29/04/2016, ENTRETANTO, A PARTE AUTORA SOMENTE PROCEDEU COM O PAGAMENTO NO DIA 12/12/2016, OU SEJA, INADIMPLENTE À DATA DO ALEGADO SINISTRO OCORRIDO NO DIA 17/11/2016, VEJAMOS:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Calendário de pagamento

ACESSIBILIDADE



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício	UF	Final da Placa	Categoria(Saiba mais)	Pagamento	
2016	PB	4	9	À vista	Consultar

O prêmio do Seguro DPVAT será pago integralmente no vencimento da COTA ÚNICA ou da primeira parcela do IPVA, ou juntamente com o emplacamento ou no licenciamento anual, no caso de veículos isentos do IPVA, conforme disposto na **Resolução CNSP 332/2015** e na Portaria Interministerial 293/2012.

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
4	29/04/2016	NÃO	29/04/2016	29/04/2016

PB: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2016

Sua busca por placa: OFE3944 UF: PB CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento				
+	2019	R\$84,58	Quitado					
+	2018	R\$185,50	Quitado					
+	2017	R\$185,50	Quitado					
-	2016	R\$292,01	Quitado					
<table><tr><th>Data Pagamento</th><th>Valor Pago</th></tr><tr><td>12/12/2016</td><td>R\$292,01</td></tr></table>					Data Pagamento	Valor Pago	12/12/2016	R\$292,01
Data Pagamento	Valor Pago							
12/12/2016	R\$292,01							
+	2015	R\$292,01	Quitado					
+	2014	R\$292,01	Quitado					
+	2013	R\$292,01	Quitado					
+	2012	R\$50,02	Quitado					

(*) Motocicleta

COMO QUALQUER OUTRO SEGURO, O DPVAT É UM CONTRATO ALEATÓRIO, ONDE A SEGURADORA, MEDIANTE UMA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA, ASSUME A RESPONSABILIDADE DE INDENIZAR O SEGURADO NA HIPÓTESE DE OCORRIDO O SINISTRO.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do



prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.



Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 25 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11605521

A/C: ANGELA MARIA LIMA SANTANA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477553 ASL-0335416/17
Vitima: ANGELA MARIA LIMA SANTANA
Data Acidente: 17/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

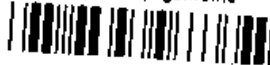
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00177/00178 - carta_01



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CÂMPO 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, ANGELA MARIA LIMA SANTANA

PORTADOR(A) DO RG Nº 05780119850 EXPEDIDO POR DETRAN - PB EM 09/09/14 E

CPF 0000190946494 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Receita

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VITIMA ANGELA MARIA LIMA SANTANA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0039 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 138444-2

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

João Pessoa 14 de Agosto de 2014

LOCAL E DATA

Angela Maria Lima Santana
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme 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 despesa com médicos-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Scanned by CamScanner





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01448.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01448.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:57 horas do dia 14 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Angela Maria Lima Santana, CNH nº 05780119850, CPF nº 000.150.464-94, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria das Neves Lima de Melo e Euclides Pereira Santana, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 14/06/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Desembargador Arquimedes, Nº 366, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Padaria Nossa Senhora dos Prazeres, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98885-6385.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua São Benedito, Mercadinho São Benedito, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/11/16 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

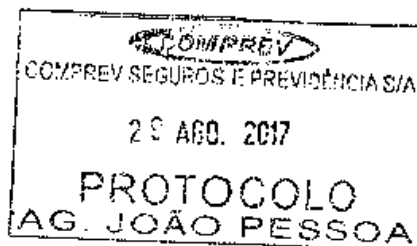
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 FAN ESI, COR AZUL, ANO 2012/2012, PLACA QEE3944/PB, CHASSI 9C2KC1670DR426859, DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE, quando colidiu na parte direita de um VEÍCULO PRETO não identificado, o qual cruzou à sua frente; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0909/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MUEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 10.07.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira para onde foi socorrida pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de agosto de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

ANGELA MARIA LIMA SANTANA
Noticiante



Procedimento Policial: 01448.01.2017.1.00.420



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANGELA MARIA LIMA SANTANA, portador da carteira de identidade nº 05780119850, e inscrito no CPF/MF sob o nº 000.150.464-94, residente e domiciliado na RUA DES. APOVINHEDES, N. 366, CRUZ DAS ALMAS, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PARANÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) 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 Lider 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.

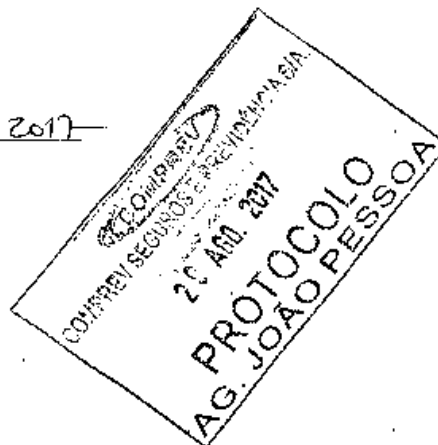
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Angela Maria Lima Santana

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 14 de Agosto de 2017

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



Comprovação de ato declaratório



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

(ATO DECLARATÓRIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 708/047, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1503655, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ANGELA MARIA LIMA SANTANA** idade 41 anos, vítima de **Acidente de Trânsito** (Colisão carro x moto) no dia 17/11/2016, na Rua São Benedito, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 14:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Agosto de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

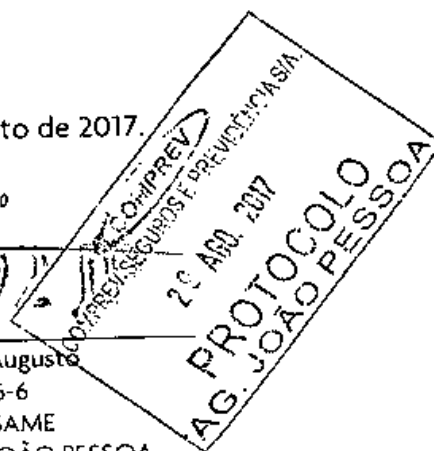
SAMU 192
CREJ/Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANGELA MARIA LIMA SANTANA

RG nº 05480119850, data de expedição 04/09/14, Órgão DETRAN-PB

CPF nº 060.150.464-94, 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:

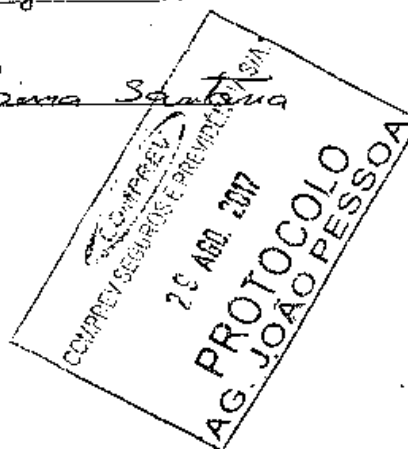
Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA DES. ARQUIMEDES</u>
Número	<u>366</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CRUZ DAS ARMAS</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58086-080</u>
Telefone de Contato	<u>83 98630-1130</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-meu.

Local e Data: João Pessoa, 14 de agosto de 2017

Assinatura do Declarante:

Angela Maria Lima Santana





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-07

PARA CONSULTA COM A COLETA
INTERNO A ESTE NÚMERO

Matrícula

552780

REFERÊNCIA

AGO/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

VALDILAIDE DA S. RODRIGUE
RUA DES ARQUIMEDES 365

CRUZ DAS ARMAS

58086-080

JOÃO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.15.045.0609	0	1	0	0	0	552780
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
01A206011	25/09/2001	6	LIGADO	POTENCIAL		

INTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA
711 711 0 29 09/09/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-HIS.

EV/2017	6	42	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
4AR/2017	6	42	COR	77	103	103
BR/2017	6	42	CLARO	294	294	294
AI/2017	5	42	TURBIDEZ	294	294	294
JN/2017	6	42	COL.TOTAIS	294	294	294
JL/2017	6	42	COL.TERMOT	0	0	0
DIA(M)	6		DADOS REFERENTES A: JUN			

DATA DA LEITURA: 11/08/2017

HORA DA LEITURA: 9:11

INSCRIÇÃO

CONSUMO

VL ÁGUA

VL ESGOTO

TOTAL

SIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m

20

36,84

221,14

7-JUROS DE MORA

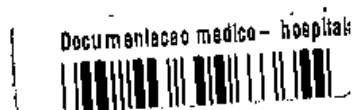
R\$56,84

6-MOROSIDADE DE PAGAMENTO

R\$0,00

Scanned by CamScanner





CERTIDÃO

Nº. 0909/2017

Atendendo solicitação de DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de atendimento Nº 905770 e prontuário nº 2015.12.000875 pertencente a **ANGELA MARIA LIMA SANTANA** que foi atendida dia 17/11/2016 às 15H32min, paciente vítima de queda de moto, refere dor em membro superior esquerdo.

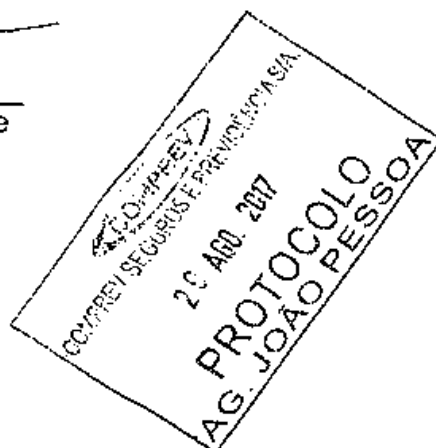
Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 1/3 distal de rádio esquerdo. Realizado cirurgia dia 23/11/16 e alta médica dia 24/11/16.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de julho de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Clinica MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE GOSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
Fax: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 905770 Atd: Nao Regular
Data: 17/11/2016
Hora: 15:32:59
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAI
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: ANGELA MARIA LIMA SANTANA
CNS: 125329601770002 Sexo: F IDENTIDADE: 1820605 Fone: 88856385
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/06/1976 Id: 40 ano(s)
End.: RUA/ DESEMBARGADO ARQUIMEDES, 366
Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: EUCLIDES PEREIRA SANTANA
Mae: MARTA DAS NEVES LIMA DE MELO
Ocupação: SEGURANCA

INFORMACOES DE ENTRADA

Ref.: TIA MARIA DO SOCORRO
Ref/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: BAIRRO CRUZ DAS ARMAS

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: SIC: COLISAO CARRO COM MOTO PROXIMO AO MERCADINHO
Vitima de violencia por: SAO BENEDITO AS 15HRS *CONDUTORA*
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	☐ Aparentemente Bem	☐ Grave
EC:	TP:	☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
Peso:	Altura:	☐ Hemorragia	☐ Dispneia
Glicemia:	IMC:	☐ Diarreia	☐ Agitado
Abd:	O2%:	☐ Regular	☐ Chocado
		☐ Vomito	

Exame Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Observacao

Paciente sofreu queda de moto, após colidir
com o carro que estava de seu interesse em MSE. Agiu calmamente
e sem dor intensa.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vias aerias permeáveis, cervical mole, febre ausente,
chato de leve, Glasgow 15, MSE (contém objetos)
e sem dor intensa.

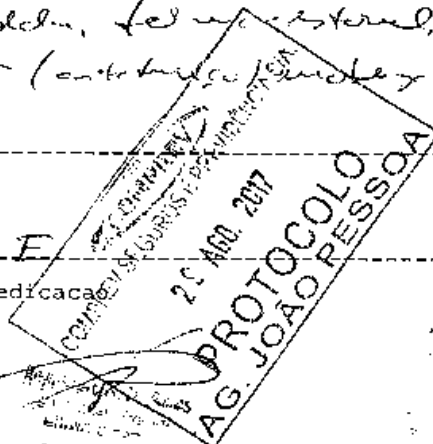
Diagnostico Cl: 1: aberto | Conduta

Sucesso R de contusão E

Exame

As curativos de
Ata da cur. feita

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Onde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Angela Maria Luis Gomes</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>23/11/16</u>	Cirurgião: <u>A. Luis Gomes</u>			1º Assistente: <u>A. Luis Gomes</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Quim. não msc R</u>				<u>552.51</u>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Atos cirúrgicos de quim. não msc R</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Posição de decúbito dorsal sobre mesa Assupção + desinfecção Preparo de campos operatórios
Incisão:	Incisão com o punhal (VIA de Henry) Quilostomia por pontos até 4cm de extensão ao longo da parede abdominal e epitórax esquerda.
Achados:	Ressecção da hérnia + fixação (retrocostal) com placa OCP em T com 02 parafusos coluna + fio de 1,5. Verificação ressecção sob videolupa. Chupum com s/s 3/6
Conduta:	Sutura por pontos subcutâneos com 4/0 Sutura do pelo com 3/0 curativo até cura
DR. LUIS ALIPE LESSA MEDICO ORTOPEDISTA CRM-PB 10206	
Fechamento:	
OBS:	

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>ANGELA MARIA LIMA SANTANA</u>		Data da Admissão: <u>17/11/16</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>
OPD: <u>DOA C. EDMA em PUNHO E</u>			
HDA: <u>paciente ADMITIDA DOA EDMA e LIMITADA FUNCIONAR em PUNHO E após acidente motociclistico (S/C)</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Líbido ☐ Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: 1) Fratura em 1/3 distal

DO MÚDULO E

Conduta: _____

~~STAT - TRATAMENTO CIRÚRGICO~~

DR. NILVAN

Dr. Leonardo Torres
Médico

CRM/PB 10336

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
PATRÔNIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
ANGELA MARIA LIMA SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
7820605 SSP PE

CPF
000.150.464-94

DATA NASCIMENTO
14/05/1976

FILIAÇÃO
EUCLIDES PEREIRA
SANTANA
MARIA DAS NEVES LIMA
DE MELO

SEXO
FEMININO

COLORES
OLHOS
AB

1ª EMISSÃO
01/06/2017

2ª EMISSÃO
16/05/2013

1ª EMISSÃO
05780119850

2ª EMISSÃO
971787392

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURAS

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
04/09/2014

LOCAL
JOÃO PESSOA, PE

ASSINATURA DO EMISSOR

63892605664
7829200652

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CC/PROF/REGISTROS E PREVENÇÃO
28 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



DUT

11-11-11

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

PB Nº 012B96B24954 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 012B96B24954 / PB AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC - PVAT 0800 022 1204

VIA 00015046494

RENOVAÇÃO 00015046494

OPF / OPBJ

DATA EMISSÃO 07/12/2016

PERÍODO 2016

PLACA QEE39447PB

MARCA / MODELO HONDA / CCG 150 - CARGA - PSI

ANO FAB. 2012

COLUN. 9CZC16700DBA26859

Nº CLASSI

PREMIO TAFIARIO

dedução (%)

custo do seguro (R\$)

seguro P A G O

DATA DE EXATICO 07/12/2016

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO

GRUPO 02.216 012B96B24954

20 Ago. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

IDENTIFICAÇÃO

14/06/1976

VÍTIMA ANGELA MARIA LIMA SANTAVALIA
 DATA DO ACIDENTE 17/11/2016 CPF DA VÍTIMA 052.803.198-50
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO NÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É 0 MESMO
 ENDEREÇO DO PORTADOR ROA DES. ADOLFO MEDES
 Nº 266 COMPLEMENTO BAIRRO OLIV. DAS ANIMAS
 CIDADE SOÃO PESSOA UF PE CEP 58086-080
 E-MAIL TELEFONE (83) 98630-1130

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

DT

- (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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) SAMU
 (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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Carlos pontes

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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 CERTIDÃO 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 OPORTUNIDADE DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
 () NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DE RESPECTIVAS RECEITAS DE 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 CONFERMEM 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 NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21/08/2017IDENTIDADE 1620605

ASSINATURA

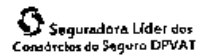
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335416/17
Vítima: ANGELA MARIA LIMA SANTANA
CPF: 000.150.464-94

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/11/2016
Titular do CPF: ANGELA MARIA LIMA SANTANA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANGELA MARIA LIMA SANTANA : 000.150.464-94

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2017
Nome: ANGELA MARIA LIMA SANTANA
CPF/CNPJ: 000.150.464-94

ANGELA MARIA LIMA SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

