



24/07/2020

Número: **0015522-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WELLINGTON ROSA DA SILVA (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65209474	24/07/2020 11:09	ANEXO 1	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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200097322

Vítima: WELLINGTON ROSA DA SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELLINGTON ROSA DA SILVA

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

Carta nº 15586557





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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200097322

Vítima: WELLINGTON ROSA DA SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WELLINGTON ROSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01433/01434 - carta_11 - INVALIDEZ

00040717





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 324.351.948-16 4 - Nome completo da vítima: Wellington Rosa do Silva

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

5 - Nome completo: Wellington Rosa do Silva 6 - CPF: 324.351.948-16
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Gladides 9 - Número: 12 10 - Complemento: ES
11 - Bairro: Novo Comarcão 12 - Cidade: Comarcão 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.759-390
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99784011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura legível da vítima ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS - DP11ªCIRC DIN/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0101004495

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/12/2019 às 15:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 21/11/2019 às 17:20

Fato ocorrido no endereço: **BR 101., PROXIMO A CEASA. - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE BARRÓ (BAIRRO), 01 - Bairro: BARRÓ - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
WELLINGTON ROSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WELLINGTON ROSA DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

WELLINGTON ROSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLEIDE BARBOSA DA SILVA** Pai: **MAX ROSA DA SILVA** Data de Nascimento: **15/7/1982** Nacionalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA DOS GLADIOLOS, 12 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/CRUZE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON ROSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WELLINGTON ROSA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KE4989** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Complemento / Observação

<https://servico.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizarBO.do?idUn=10154906-8187074&idBO=19E0101004495&tipo=simples&naoPrincipa=ACIDENT...> 1/2



13/12/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA NA BR 101 PROXIMO A CEASA SENTIDO RECIFE QUANDO UM CARRO MUDOU DE FAIXA E BATEU NA MOTO DA VITIMA LEVANDO A VITIMA A CAIR DA MOTO E SE MACHUCAR. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO BOMBEIRO E LEVADO PARA HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS.

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

X Wellington Rosa da Silva
WELLINGTON ROSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: RENATO PEREIRA CARVALHO - Matrícula: 350651-7

Renato Ueno

<https://servicos.sds.pc.gov.br/permanibuco/VisualizaBO.do?idUn=101&idOc=8187874&idBO=18E0101084485&tipo=simple&atPrincipal=ACIDENT...> 2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 324.351.948-16 4 - Nome completo da vítima: Wellington Rosa do Silva

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

5 - Nome completo: Wellington Rosa do Silva 6 - CPF: 324.351.948-16
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Gladides 9 - Número: 12 10 - Complemento: ES
11 - Bairro: novo/comarcão 12 - Cidade: Comarcão 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.759-390
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99734011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura legível da vítima ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 03 de março 2020

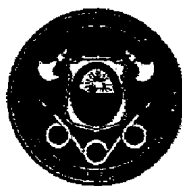
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001373 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). WELLINGTON ROSA DA SILVA, 37 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 7098963 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 324.151.948-16, residente à RUA DOS GRADIOS, nº 12, , CENTRO, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 21/11/2019, por volta das 17:31 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, BARRO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMÓVEL CRUZE, PRATA; MOTOCICLETA HONDA CG 150, VERMELHA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) WELLINGTON ROSA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 324.151.948-16 e Registro Geral nº 7098963, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710368-9 GUTEMBERG. Foi transportado(a) para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1100415. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/12/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001373

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.855.982/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOLANDA SILVEIRA DE CASTRO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA GLADIOLUS 12 CS-

CPF 187.136.844-15

BAIRRO NOVO CAMARAGIBE
CAMARAGIBE PE
54759-390

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONSUMO ANTERIOR 7002604501
DATA DE VENCIMENTO 10/2019

NOTA FISCAL Nº 11/11/2019
DATA DE EMISSÃO 16/11/2019
Nº DE CONTADOR 15150018
Nº DE LEITURA 1211800

137,31

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	146,0000000	0,81088852	118,36
Adesum Bandeira AMARELA			1,56
Adesum Bandeira VERMELHA			4,42
Contribuição PIS e COFINS			9,88
CMS Substituição de ICMS			0,80
Multa por atraso			1,98
Juros de atraso			0,32

TOTAL DA FATURA 137,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO PELA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3010121245	CAI	14-09-2019	11 972,00	15-10-2019	12 118,00	32	0,0000		146,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		CONTRIBUIÇÕES E TAXAS	
PERÍODO	CONSUMO (KWH)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
01/01/19	146,00				
02/01/19	146,00				
03/01/19	146,00				
04/01/19	146,00				
05/01/19	146,00				
06/01/19	146,00				
07/01/19	146,00				
08/01/19	146,00				
09/01/19	146,00				
10/01/19	146,00				
11/01/19	146,00				
12/01/19	146,00				
01/02/19	146,00				
02/02/19	146,00				
03/02/19	146,00				
04/02/19	146,00				
05/02/19	146,00				
06/02/19	146,00				
07/02/19	146,00				
08/02/19	146,00				
09/02/19	146,00				
10/02/19	146,00				
11/02/19	146,00				
12/02/19	146,00				
01/03/19	146,00				
02/03/19	146,00				
03/03/19	146,00				
04/03/19	146,00				
05/03/19	146,00				
06/03/19	146,00				
07/03/19	146,00				
08/03/19	146,00				
09/03/19	146,00				
10/03/19	146,00				
11/03/19	146,00				
12/03/19	146,00				
01/04/19	146,00				
02/04/19	146,00				
03/04/19	146,00				
04/04/19	146,00				
05/04/19	146,00				
06/04/19	146,00				
07/04/19	146,00				
08/04/19	146,00				
09/04/19	146,00				
10/04/19	146,00				
11/04/19	146,00				
12/04/19	146,00				
01/05/19	146,00				
02/05/19	146,00				
03/05/19	146,00				
04/05/19	146,00				
05/05/19	146,00				
06/05/19	146,00				
07/05/19	146,00				
08/05/19	146,00				
09/05/19	146,00				
10/05/19	146,00				
11/05/19	146,00				
12/05/19	146,00				
01/06/19	146,00				
02/06/19	146,00				
03/06/19	146,00				
04/06/19	146,00				
05/06/19	146,00				
06/06/19	146,00				
07/06/19	146,00				
08/06/19	146,00				
09/06/19	146,00				
10/06/19	146,00				
11/06/19	146,00				
12/06/19	146,00				
01/07/19	146,00				
02/07/19	146,00				
03/07/19	146,00				
04/07/19	146,00				
05/07/19	146,00				
06/07/19	146,00				
07/07/19	146,00				
08/07/19	146,00				
09/07/19	146,00				
10/07/19	146,00				
11/07/19	146,00				
12/07/19	146,00				
01/08/19	146,00				
02/08/19	146,00				
03/08/19	146,00				
04/08/19	146,00				
05/08/19	146,00				
06/08/19	146,00				
07/08/19	146,00				
08/08/19	146,00				
09/08/19	146,00				
10/08/19	146,00				
11/08/19	146,00				
12/08/19	146,00				
01/09/19	146,00				
02/09/19	146,00				
03/09/19	146,00				
04/09/19	146,00				
05/09/19	146,00				
06/09/19	146,00				
07/09/19	146,00				
08/09/19	146,00				
09/09/19	146,00				
10/09/19	146,00				
11/09/19	146,00				
12/09/19	146,00				
01/10/19	146,00				
02/10/19	146,00				
03/10/19	146,00				
04/10/19	146,00				
05/10/19	146,00				
06/10/19	146,00				
07/10/19	146,00				
08/10/19	146,00				
09/10/19	146,00				
10/10/19	146,00				
11/10/19	146,00				
12/10/19	146,00				
01/11/19	146,00				
02/11/19	146,00				
03/11/19	146,00				
04/11/19	146,00				
05/11/19	146,00				
06/11/19	146,00				
07/11/19	146,00				
08/11/19	146,00				
09/11/19	146,00				
10/11/19	146,00				
11/11/19	146,00				
12/11/19	146,00				
01/12/19	146,00				
02/12/19	146,00				
03/12/19	146,00				
04/12/19	146,00				
05/12/19	146,00				
06/12/19	146,00				
07/12/19	146,00				
08/12/19	146,00				
09/12/19	146,00				
10/12/19	146,00				
11/12/19	146,00				
12/12/19	146,00				
01/01/20	146,00				
02/01/20	146,00				
03/01/20	146,00				
04/01/20	146,00				
05/01/20	146,00				
06/01/20	146,00				
07/01/20	146,00				
08/01/20	146,00				
09/01/20	146,00				
10/01/20	146,00				
11/01/20	146,00				
12/01/20	146,00				
01/02/20	146,00				
02/02/20	146,00				
03/02/20	146,00				
04/02/20	146,00				
05/02/20	146,00				
06/02/20	146,00				
07/02/20	146,00				
08/02/20	146,00				
09/02/20	146,00				
10/02/20	146,00				
11/02/20	146,00				
12/02/20	146,00				
01/03/20	146,00				
02/03/20	146,00				
03/03/20	146,00				
04/03/20	146,00				
05/03/20	146,00				
06/03/20	146,00				
07/03/20	146,00				
08/03/20	146,00				
09/03/20	146,00				
10/03/20	146,00				
11/03/20	146,00				
12/03/20	146,00				
01/04/20	146,00				
02/04/20	146,00				
03/04/20	146,00				
04/04/20	146,00				
05/04/20	146,00				
06/04/20	146,00				
07/04/20	146,00				
08/04/20	146,00				
09/04/20	146,00				
10/04/20	146,00				
11/04/20	146,00				
12/04/20	146,00				
01/05/20	146,00				
02/05/20	146,00				
03/05/20	146,00				
04/05/20	146,00				
05/05/20	146,00				
06/05/20	146,00				
07/05/20	146,00				
08/05/20	146,00				
09/05/20	146,00				
10/05/20	146,00				
11/05/20	146,00				
12/05/20	146,00				
01/06/20	146,00				
02/06/20	146,00				
03/06/20	146,00				
04/06/20	146,00				
05/06/20	146,00				
06/06/20	146,00				
07/06/20	146,00				
08/06/20	146,00				
09/06/20	146,00				
10/06/20	146,00				
11/06/20	146,00				
12/06/20	146,00				
01/07/20	146,00				
02/07/20	146,00				
03/07/20	146,00				
04/07/20	146,00				
05/07/20	146,00				
06/07/20	146,00				
07/07/20	146,00				
08/07/20	146,00				
09/07/20	146,00				
10/07/20	146,00				
11/07/20	146,00				
12/07/20	146,00				
01/08/20	146,00				
02/08/20	146,00				
03/08/20	146,00				
04/08/20	146,00				
05/08/20	146,00				
06/08/20	146,00				
07/08/20	146,00				
08/08/20	146,00				
09/08/20	146,00				
10/08/20	146,00				
11/08/20	146,00				
12/08/20	146,00				
01/09/20	146,00				
02/09/20	146,00				
03/09/20	146,00				
04/09/20	146,00				
05/09/20	146,00				
06/09/20	146,00				
07/09/20	146,00				
08/09/20	146,00				
09/09/20	146,00				
10/09/20	146,00				
11/09/20	146,00				
12/09/20	146,00				
01/10/20	146,00				
02/10/20	146,00				
03/10/20	146,00				
04/10/20	146,00				
05/10/20	146,00				
06/10/20	146,00				
07/10/20	146,00				
08/10/20	146,00				
09/10/20	146,00				
10/10/20	146,00				
11/10/20	146,00				
12/10/20	146,00				
01/11/20	146,00				
02/11/20	146,00				
03/11/20	146,00				
04/11/20	146,00				
05/11/20	146,00				
06/11/20	146,00				
07/11/20	146,00				
08/11/20	146,00				
09/11/20	146,00				
10/11/20	146,00				
11/11/20	146,00				
12/11/20	146,00				
01/12/20	146,00				
02/12/20	146,00				
03/12/20	146,00				



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: WELLINGTON ROSA DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Mãe: CLEIDE BARBOSA DA SILVA
Endereço: RUA DOS GRATILHOS, N.º 12 - ; BAIRRO: TIMBI - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE
Idade: 37 Anos 5 Meses 24 Dias
Nasc.: 15/07/1982
CNS: 708900791886710
Contatos: 81. 85041863 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 21/11/2019 18:28
Prontuário: 1100415
Nº. Atendimento: 3404016
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
ARTUR FREIRE SOARES

Admissão

Queixa Principal

DOR EM MÃO E ANTEBRAÇO ESQUERDO HÁ 2H

História Clínica

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ +- 2H. NEGA TCE/VÔMITOS/DESMALICS. RELATA DOR EM ANTEBRAÇO E MÃO ESQUERDA.

Exame Físico

PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA DE 5 QDE
ESCORIAÇÃO EM COTOVELO ESQUERDO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DE ULNA PROXIMAL

Observações

SEM RADIOGRAFIAS

Conduta

SOLICITO RX MÃO ESQUERDA + ANTEBRAÇO + COTOVELO ESQUERDOS

ARTUR FREIRE SOARES - CRM: Nº.26910

Data/Hora: 21/11/2019 - 19:18

Artur Freire Soares
08/01/20

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente:
WELLINGTON ROSA DA SILVA

Idade:
37 Anos 4 Meses 7 Dias

Prontuário
1100415

Atendimento: Dt Atend.
3404068 21/11/2019

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

SETOR: AREA VERDE ORTOPEDIA-VE-ORT02		DATA: 22/11/2019
NOME: WELLINGTON ROSA DA SILVA		
NOME SOCIAL: -----		
IDADE: 37 Anos 4 Meses 7 Dias	DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1982	ESTADO CIVIL: Solteiro
MÃE: CLEIDE BARBOSA DA SILVA		
PAI: MAX ROSA DA SILVA		
ENDEREÇO: RUA DOS GRATILHOS, N.º 12 - : BAIRRO: TIMBI - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE		
PONTO DE REFERENCIA: MERCADO PÚBLICO		
TELEFONES: 985041863 (CIBELE-COMPANHEIRA)		
ENTREVISTADO(A): CIBELE ALBUQUERQUE DE CASTRO		PARENTESCO: COMPANHEIRA
DOCUMENTOS: POSSUI ☒ NÃO ☐ APRESENTADOS: RG: 7.098.963 SDS/PE		
1º ATENDIMENTO ☒ READMITIDO ☐		PROCEDENCIA: BOMBEIRO
ACOMPANHANTE: SOZINHO		PARENTESCO: -----
TABAGISMO: NÃO ☒ SIM ☐ ABANDONO ☐ DEPENDENCIA ☐		USO DE ALCOOL: NÃO ☐ SIM ☒ ABANDONO ☐ DEPENDENCIA ☐
OUTRAS DROGAS: NÃO ☒ SIM ☐ ABANDONO ☐ DEPENDENCIA ☐		
PESSOA COM DEFICIENCIA: NÃO ☒ SIM ☐ QUAIS: VISUAL ☐ FISICA ☐ AUDITIVA ☐ MENTAL ☐ OUTRAS ☐		
REDE DE APOIO: SUS / SUAS		AMBULATORIO ☐ PSF ☒ NASF ☐ CAPS (AD) ☐ CAPS (TRANSTORNO MENTAL) ☐ CREAS ☐ CRAS ☒ CENTRO POP ☐
PROFISSÃO: SOLDADOR		ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO
VINCULO EMPREGATÍCIO: SIM ☒ NÃO ☐		OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: MORA COM COMPANHEIRA + FILHO		
APOIO FAMILIAR: SIM ☒ NÃO ☐		BENEFICIO: PREVIDENCIARIO ☐ ASSISTENCIAL ☐ NÃO RECEBE ☒

OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO

PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA EXPOSTA NA MÃO + ESCORIAÇÕES NO COTOVELO + EXPOSIÇÃO ÓSSE DA ULNA. ORIENTO ROTINA + ACOMPANHANTE (25/11/2019)

ASSISTENTE SOCIAL: MARIA CECILIA DA SILVA PEREIRA - CRESS: Nº.CRESS6876

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/07/2020 11:09:14
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411091479100000063989150>
Número do documento: 20072411091479100000063989150

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO
Em 08/01/2020 09:22

Relatório de Evolução

Paciente: 1100415 - WELLINGTON ROSA DA SILVA

Idade: 37 Anos 5 Meses 24 Dias

Data de Nascimento: 15/07/1982

Prestador Assistente: ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 13935

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3404068

Leito: TRAU 33-01 - POSTO III Admissão: 21/11/2019 01:21

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 661368 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
- CRM 27794

Data de Referência: 23/11/2019
Data/Hora do Documento: 23/11/2019 06:15

otropeia

paciente vem ao serviço com historia de queda de moto com fratura exposta de antebraço direito (fx exposta da ulna)

feito ontem cirurgia de na emergneciacom lavagem exaustiva com sf0,9%
paciente evolue com parestesia e edema em msd

obs:abordado na emergencia acesso direto na ulna, o que não ustifica a parestesia

cd: solcito troca de tla e reavaliação pela emergencia

HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM 27794

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 24/07/2020 11:09:14
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411091479100000063989150>
Número do documento: 20072411091479100000063989150

Num. 65209474 - Pág. 11

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 08/01/2020 09:22

Paciente: 1100415 - WELLINGTON ROSA DA SILVA

Idade: 37 Anos 5 Meses 24 Dias

Data de Nascimento: 15/07/1982

Prestador Assistente: ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 13935

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3404068

Leito: TRAUM 33-01 - POSTO III Admissão: 21/11/2019 01:21

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 663443 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

25/11/2019

Data/Hora do Documento:

25/11/2019 13:53

ortopedia

paciente vem ao serviço com historia de queda de moto com fratura exposta de antebraço direito (fx exposta da ulna)

feito ontem cirurgia de na emergneciacom lavagem exaustiva com sf0,9%
paciente evolue com parestersia e edema em msd

obs:abordado na emergencia acesso direto na ulna, o que não ustifica a parestesia

cd: solcito troca de tla e reavaliação pela emergencia

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 08/01/2020 09:22

Paciente: 1100415 - WELLINGTON ROSA DA SILVA

Idade: 37 Anos 5 Meses 24 Dias

Data de Nascimento: 15/07/1982

Prestador Assistente: ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 13935

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3404068

Leito: TRAU 33-02 - POSTO III Admissão: 21/11/2019 01:21

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 665477 (FECHADO)

Responsável: HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ FILHO
- CRM 27794

Data de Referência: 27/11/2019
Data/Hora do Documento: 27/11/2019 15:01

otropeia

paciente vem ao serviço com historia de queda de moto com fratura exposta de antebraço direito (fx exposta da ulna)

feito ontem cirurgia de na emergneciacom lavagem exaustiva com sf0,9%
paciente evolue com parestersia e edema em msd

obs:abordado na emergencia acesso direto na ulna, o que não ustifica a parestesia

CD: ALTA

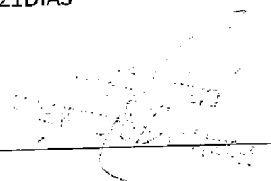
HENRIQUE CEZAR COUTINHO BARSÍ
CRM 27794

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



RESUMO DE ALTA

NOME : WELLINGTON ROSA DA SILVA		
1100415	ENF:33	Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 22/11/2019	DATA DE SAÍDA: 27/11/19
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA EXPOSTA DE SQDE + LESÃO EM COTOVELO ESQUERDO	
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE INTERNADO COM FRATURA EXPOSTA DE SQDE + LESÃO EM COTOVELO ESQUERDO, TRATADO NA EMERGENCIA. EVOLUE BEM NO POS OPERATORIO EM ENFERMARIA. COM MELHORA DA LESÃO DE PELE E BOM ASPECTO DA RADIOGRAFIA DE DEDO. SEGUE EM ALTA COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA (DR. HERMES WAGNER) RETORNO AMBULATORIAL E ATBTERAPIA EM CASA	
DEVERÁ COMPARECER AMBULATORIO DE MAO CONTROLE EM: 21DIAS	
 MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	7.098.963
DATA DE EXPEDIÇÃO	24/05/2019
NOME	<< WELLINGTON ROSA DA SILVA >>
FILIAÇÃO	<< MAX ROSA DA SILVA >> << CLEIDE BARBOSA DA SILVA >>
NATURALIDADE	SÃO LOURENÇO DA MATA - PE
DATA DE NASCIMENTO	15/07/1982
DOO OUTREM	<< CN.24.373 LA 108 F.109 CART.
1º DIST.	SÃO LOURENÇO DA MATA-PE-13.09.1982 >>
OFF	324.151.948-16
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	<u>Wellington Rosa da Silva</u>		
Data do Acidente:	CPF da vítima:		
Portador da documentação:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Qualificação do Portador:	Endereço do portador:		
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatório (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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 recetário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidiz Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

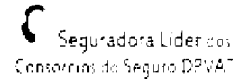
- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	<u>03/03/20</u>
Nome:	<u>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</u>
Assinatura:	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077607/20
Vítima: WELLINGTON ROSA DA SILVA
CPF: 324.151.948-16
Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A
Data do acidente: 21/11/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: WELLINGTON ROSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WELLINGTON ROSA DA SILVA : 324.151.948-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/03/2020
Nome: WELLINGTON ROSA DA SILVA
CPF: 324.151.948-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

WELLINGTON ROSA DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA

