
Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200223760

Vítima: JANDERSON LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 22/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANDERSON LIMA 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



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200223760

Vítima: JANDERSON LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 22/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JANDERSON LIMA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 05/02/2020, emitido pelo Dr. FÁBIO KAAFFMAN CRM nº 14368 - PE, da Instituição HOSPITAL MIGUEL ARRAES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.268.574-79 4 - Nome completo da vítima: JANDERSON LIMA DA 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: JANDERSON LIMA DA SILVA 6 - CPF: 070.268.574-79
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA QUINZE DE NOVENHRO 9 - Número: 46 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53160-760
15 - E-mail: balbrinospe@hotmail.com 16 - Tel/(DDD): (81) 3538-0069

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 ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1299 ☐ CONTA: 00016355 ☐ 9 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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/bastardo? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: APERU E LIMA - PE, 22/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E1174006113**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/06/2020** às **09:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/1/2020** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RUI BARBOSA, 1** - Bairro: **GRACAS - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL** - CEP: **52011-040** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO COLEGIO DAMAS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO TEVE (AUTOR \ AGENTE)
JANDERSON LIMA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JANDERSON LIMA DA SILVA

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

JANDERSON LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEICAO SILVA** Data de Nascimento: **20/11/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6188796/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **983441086**

Residencial: **RUA QUINZE DE NOVEMBRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE AGUAS COMPRIDAS (BAIRRO), 46 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO TEVE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

V1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JANDERSON LIMA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JANDERSON LIMA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **OYW8703 (PERNAMBUCO/RECIFE)**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA DE PLACA OYW8703, QUANDO AO FREIAR A SUA MOTOCICLETA PARA NÃO COLIDIR EM UM VEÍCULO QUE ESTAVA A SUA FRENTE QUE FREIOU

BRUSCAMENTE, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NA VIA QUE ESTAVA MOLHADA, ONDE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA A UPA DA CAXANGÁ E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO E DA CONTUSÃO EM OMBRO ESQUERDO, POR ISSO A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DP NA DATA DE HOJE PARA PRESTAR QUEIXA DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS POLICIAIS. CASO AFETO DP DO ESPINHEIRO.

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

JANDERSON LIMA DA SILVA
(VITIMA)

Janderson Lima da Silva

B.O. registrado por: **RAIMUNDO LINO PEREIRA** - Matrícula: **3849031**
(Liberado em **21/06/2020** às **10:07**)

Raimundo Lino Pereira

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: 070.268.574-79 4 - Nome completo da vítima: JANDERSON LIMA DA 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: JANDERSON LIMA DA SILVA 6 - CPF: 070.268.574-79
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA QUINZE DE NOVENHRO 9 - Número: 46 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53160-760
15 - E-mail: balbrinospe@hotmail.com 16 - Tel/(DDD): (81) 3538-0069

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: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1299 ☐ CONTA: 00016355 ☐ 9 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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/bastardo? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: APERU E LIMA - PE, 22/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NÚM. 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

103668667 Abr/2020
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIPO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.0000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

LIGADO	POTENCIAL	1	1	
HIGHCARETND A175224252	DATA LIG. ANTERIORE 31/03/2020	DATA LIG. ATUAL 29/04/2020		TÉRMINO DE CONSUMO (A2E) MEDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 5
LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2020 01
02/2020 01
01/2020 01
12/2019 01
11/2019 01
10/2019 01
MÉDIA: 01

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEND. A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	46
COR APARENTE	48	48	41
CORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	47
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,21
JUROS DE MORA 12/2019		2,16

TOMADOR	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
MS	108,92	1,65	1,80
COMP	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/05/2020 TOTAL A PAGAR: 113,29

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURAS PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 222,58. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JANDERSON LIMA DA SILVA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **070.268.574-79** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

JANDERSON LIMA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº **070.268.574-79**, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÔ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 22 de **Junho** de **2020**

Rossana Lígia Fernandes Dantas

Assinatura do Declarante

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2020-01-22 09:46:15

	Nome Paciente:	JANDERSON LIMA DA SILVA
	Cód. Paciente:	491680
	Data de Nascimento:	20/11/1983
	Sexo:	Masculino
	Idade:	36
	Senha:	CG0094
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1393123 
SAME:		

Período: 2020-01-22 09:46:15 - 2020-01-22 09:47:50

Prioridade:	URGENCIA
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, APÓS QUEDA DE MOTO HOJE (SIC), COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO + MIE. NEGA TCE OU TRAUMA EM REGIÃO TORÁCICA;
Observação:	HAS- DM- ALERGIAS-NEGA OCORRENCIA- 738729
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- CAPNOGRAFIA: 98.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 68.00 BPM - GLICOSE: 99.00 MG/DL - P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 90.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Acolhido(a) por: KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2020-03-23 08:51:24



Nome:
491680-JANDERSON LIMA DA SILVA

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-83441086

Mãe:
MARIA DA CONCEICAO SILVA

Idade: Nascimento:
36a 4m 2d 20/11/1983

Endereço:
QUINZE DE NOVENBRO, 46 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53200670

Data do Atendimento: 22/01/2020

Prontuário: 00491680

Nº Atendimento: 01393123

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: SILVIO SANTIAGO CRM: Nº 9756

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUARTA-FEIRA, 22 DE JANEIRO DE 2020

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE: hospital miguel arraes

SENHA: 5866037

QP:

paciente trazido pelo samu com historia de acidente de moto ha 40 min , refere dor em ombro esq + tornozelo esquerdo, em: 22/01/20 10:12

EVOLUÇÃO:

hd fratura de maleolo peroneiro esquerdo

MÉDICO: SILVIO SANTIAGO CRM: Nº 9756

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 491680-JANDERSON LIMA DA SILVA
Sexo: Contatos: / 81-83441086
MASCULINO -

Idade: Nascimento:
36a 4m 2d 20/11/1983

Mãe: MARIA DA CONCEICAO SILVA

Endereço: QUINZE DE NOVENBRO, 46 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53200670

Data do Atendimento: 22/01/2020

Prontuário: 00491680

Nº Atendimento: 01393123

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: SILVIO SANTIAGO CRM: Nº 9756

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura do maleolo peroneiro esquerdo + contusão de ombro esq, em: 22/01/20 10:12

CID PRINCIPAL: s 827 fratura de tornozelo esquerdo

CONDUTA:

, em: 22/01/20 10:12 encaminhado ao hospital miguel arraes ao serviço de cirurgia do pe senha 5866037

Dr. Audley Vasconcelos
Coord. Medicina
CRM: 11727

MÉDICO: SILVIO SANTIAGO CRM: Nº 9756
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome:
491680-JANDERSON LIMA DA SILVA

Idade: 36a 4m 2d
Nascimento: 20/11/1983

Sexo: MASCULINO
Contatos: - / 81-83441086

Mãe:
MARIA DA CONCEICAO SILVA

Endereço:
QUINZE DE NOVENBRO, 46 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53200670

Data do Atendimento: 22/01/2020

Prontuário: 00491680

Nº Atendimento: 01393123

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: SILVIO SANTIAGO CRM: Nº 9756

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

paciente trazido pelo samu com historia de acidente de moto ha 40 min , refere dor em ombro esq + tornozelo esquerdo

EXAME FÍSICO:

egr,consciente sme: dor a palpação de ombro esquerdo + tornozelo esquerdo

DIAGNÓSTICO:

fratura do maleolo peroneiro esquerdo + contusão de ombro esq

UPA24h
CAXANGÁ
Dr. Silvio Santiago
CRM: 9756

Nome:
491680-JANDERSON LIMA DA SILVA

Idade: 36a 4m 2d Nascimento: 20/11/1983

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-83441086

Mãe:
MARIA DA CONCEICAO SILVA

Endereço:
QUINZE DE NOVENBRO, 46 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53200670

Data do Atendimento: 22/01/2020

Prontuário: 00491680

Nº Atendimento: 01393123

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: SILVIO SANTIAGO CRM: Nº 9756

Conduta:

Conduta:

SILVIO SANTIAGO CRM: Nº 9756

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 22/01/2020 11:23



Nome Paciente: JANDERSON LIMA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/11/1983
Sexo: Masculino
Idade: 36 anos
Senha: 0025
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/01/2020 12:46 - 22/01/2020 12:53

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: QUEDA DE MOTOCICLETA NA AV. RUI BARBOSA. HD: FRATURA DO MALEOLO PERONEIRO ESQUERDO+ CONTUSÃO OMBRO ESQUERDO.

Observação: PROCEDENTE DA UPD DA CAXANGA COM SENHA: 5866037. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 9
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 68.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

RECEBIDO
ML. HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Fernanda Nascimento
Enfermeiro
COREN 273647

pele íntegra

FATURADO
06/02/2020
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/01/2020 12:53



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 513862

Senha da Classificação:

0025

Data e Hora: 22/01/2020 13:00

Paciente: 133552 JANDERSON LIMA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/11/1983 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO SILVA

Nome do Pai: JOAO VIANEZ LIMA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA QUINZE DE NOVEMBRO -

46

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

13:30

Queixa Principal

Paciente encaminhado da UPA da Caxangá, com relato de queda de moto há 6h, cursando com dor no tornozelo, cotovelo e ombro E. Nega TCE. Nega comorbidades ou alergias.

Exame Físico

ECG, HbTg suprimido e afébril por 2 mobilização ativa de ombro E, porém preservada. Edema no tornozelo E. Ausência de bloqueio na mobilização de ombro e cotovelo E.

Hipótese Diagnóstica

Prescrição Médica

① Febrito RX p/ reavaliação

② Dipirona 1g + AD, IV, AGORA

③ Cetoprofeno 100mg + 100ml SF0,9% IV, 12/12h.

16:16 - Em tempo, visto RX e identificado ausência de fraturas em paciente, apenas entorse do tornozelo E, sem necessidade de condutas cirúrgicas.

CD: Trauma com ME

Alta hospitalar p/ seguimento ambulatorial

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Luiz Rogério Macena Gomes
CRM-PE 27000 CRM-BA 33039

Dr. Luiz Rogério Macena Gomes
CRM-PE 27000 CRM-BA 33039

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

+ Dr. Antônio Guirinoz

Senha:



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
491680-JANDERSON LIMA DA SILVA
Sexo:
MASCULINO

Contatos:

/ 81-83441086

Mãe:
MARIA DA CONCEICAO SILVA

Idade: 36a 2m 2d
Nascimento: 20/11/1983

Endereço:

QUINZE DE NOVENBRO, 46 - AGUAS
COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP:
53200670

Data do Atendimento: 22/01/2020

Prontuário: 00491680

Nº Atendimento: 01393123

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: SILVIO SANTIAGO CRM: Nº 9756

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura do maleolo peroneiro esquerdo + contusão de ombro esq, em: 22/01/20 10:12

CID PRINCIPAL: s 827 fratura de tornozelo esquerdo

CONDUTA:

em: 22/01/20 10:12 encaminhado ao hospital miguel arraes ao serviço de cirurgia do pe senha 5866037

Dr. Silvio Macêdo
MÉDICO: SILVIO SANTIAGO CRM: 9756
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 513862 Prontuário: 133552 SAME: 120138 Hora Atend: 13:00 Data Atend: 22/01/2020
Paciente..... : JANDERSON LIMA DA SILVA
Idade: 36 a
Endereço..... : RUA QUINZE DE NOVENBRO
Bairro..... : AGUAS COMPRIDAS
Cidade..... : OLINDA
UF.: PE CEP: 53200670
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 22/01/2020 Hora Saída : 19:00

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DIAGNOSTICO
ENF ISABELE

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



XEROX



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Thiago Luis Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
05/02/20	02 exames w
	fati. para w
	tombo de
	Ink cross fu,
	su. and w
	e. ref.
	Ar -> Tumor fu
	Novo
	fati 2011

Rafael Kestelman
Ortopedista
CRM: 14-368

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL

EC-3

Rossana Lígia Fernandes Dantas
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOTA: << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO: << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO: 07/04/1973

DOL. ORDEM: << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF: 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]*
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL

EC-3

Rossana Lígia Fernandes Dantas
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOTA: << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO: << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO: 07/04/1973

DOL. ORDEM: << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF: 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]*
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE

Nº 014802170277

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	997612401	*****	2019

NOME
JANDERSON LIMA DA SILVA
RECIFE-PE

CPF / CNPJ	PLACA
070.268.574-79	OYN8703

PLACA ANT. / UF	CHASSI
***** / PE	9C2KD0540BK030377

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA	ALCO / GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / NXR150 BROS 250	2014	2014

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

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	IPVA 2019 QUITADO		1º *****
	Faixa IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
	1	*****	3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	11/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

RECIFE	LOCAL	DATA
12/02/19		
Roberto Carlos Moreira Fontelles Diretor Presidente DETRAN/PE		

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173274/20

Vítima: JANDERSON LIMA DA SILVA

CPF: 070.268.574-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2020

Titular do CPF: JANDERSON LIMA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JANDERSON LIMA DA SILVA : 070.268.574-79

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: 23/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200223760 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 22/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DE MALÉOLO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1,3,6,7,8,10)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

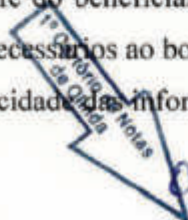
BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JANDERSON LIMA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO Profissão: MECANICO
Identidade: 6.588796 CPF: 090268574-79
Endereço: RUA QUINTE DE NOVENO 46
AGUAS COMPRIDAS OLINDA

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

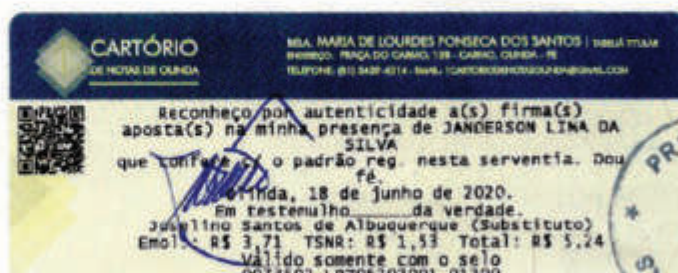
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 22/01/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Olinda-PE, 18-06-2020

Local e data

Janderson Lima da Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173274/20

Vítima: JANDERSON LIMA DA SILVA

CPF: 070.268.574-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2020

Titular do CPF: JANDERSON LIMA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JANDERSON LIMA DA SILVA : 070.268.574-79

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: 23/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos