



Número: **0030357-28.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/07/2020**

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	
JANDERSON LIMA DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67706883	09/09/2020 17:03	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, 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,

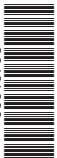
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15885050

Pag. 01415/01416 - carta_01 - INVALIDEZ

00010708





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, 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

Pag. 01053/01054 - carta_31 - INVALIDEZ

00040527



Carta nº 15893026



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de 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\$1.00 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1294 CONTA: 00016355 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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(hairnaser)? ☐ 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:

APREU 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)

FPS.001 V002/2019





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 (VÍTIMA)

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: **2º. 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

21/06/2020 10:10



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
(VÍTIMA)

x Janderson Lima da Silva

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

Raimundo Lino Pereira

21/06/2020 10:10



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de 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\$1.00 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1294 CONTA: 00016355 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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(hairnaser)? ☐ 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:

APREU 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)

FPS.001 V002/2019





JANDERSON

Clique aqui para pagar a fatura da Oi
Acesse www.oi.com.br/MinhaOiFATURA DE
FEV/2020
CÓDIGO MINHA OI
40140472404-VENCIMENTO
20/02/2020
Emissão em 06/02/2020
Período de 03/01/2020 a 03/02/2020PAGAR (R\$)
52,89CTC RECIFE PE PL2
JANDERSON LIMA DA SILVA
RUA RUA QUINZE DE NOVEMBRO 46
AGUAS COMPRIDAS
53160-760 - OLINDA - PE

AQ.00010603

7200039896 00000 000000000000 10 080220

PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS 52,89

OI MÓVEL

TOTAL DE MENSALIDADES 52,89

TOTAL DA SUA FATURA 52,89

JANDERSON LIMA DA SILVA
CPF: 070.268.574-76
NÚMERO DO CLIENTE: 2243485244
NÚMERO DA FATURA: 364019158
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 40140472404-CÓDIGO MINHA OI
40140472404-www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se no Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor de sua fatura nos últimos meses

Fev 2020	52,89
Jan 2020	62,89
Dez 2019	52,89
Nov 2019	52,89
Out 2019	52,89
Set 2019	52,89

Fique atento. Evite os pagamentos em dia e evite Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês por cada dia. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas, Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (BPM/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

CLIENTE
JANDERSON LIMA DA SILVAFATURA DE
FEV/2020
VENCIMENTO
20/02/2020
VALOR
52,89DÉBITO AUTOMÁTICO
40140472404-

OI MÓVEL S.A.

OI Móvel S.A. - Rua da República, 100 - Jd. América
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20090-000
CNPJ: 06.922.063/0001-77
Inscrição Estadual: 01.441.096/0001-11
Inscrição Municipal: 01.441.096/0001-11

OI MÓVEL S.A.

Rua da República, 100 - Jd. América
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20090-000
CNPJ: 06.922.063/0001-77
Inscrição Estadual: 01.441.096/0001-11
Inscrição Municipal: 01.441.096/0001-11

84610000000-5 52890113224-1 34852440364-2 01915800100-8





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

CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

103668667 Abr/2020
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.0003 GRUPO: 7 DEF. AUTOMÁTICO: 103668667

LIGADO	POTENCIAL	1	1
INDICADOR	DATA LIG. ANTERIORE	DATA LIG. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AZ)
A175224252	31/03/2020	29/04/2020	MEDIA HD

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

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

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

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN 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 Agua: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

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

Tributos	Base de Cálculo	Percentual (%)	Valor do Imposto
IMPOSTO	108,92	1,65	1,80
ICMS	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.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECASWEB/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 9.613/96.

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 TIMBÓ	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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome: 491680-JANDERSON LIMA DA SILVA
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-83441086
Mãe: MARIA DA CONCEICAO SILVA
Idade: 36a 4m 2d Nascimento: 20/11/1983
Endereço: QUINZE DE NOVEMBRO, 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

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609





Nome: 491680-JANDERSON LIMA DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-83441086
Idade: 36a 4m 2d
Nascimento: 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

[Handwritten signature]
Dra. Audrey Vasconcelos
Coord. Medicina
CRM: 17727

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

UPA 24h
CAXANGÁ
01/02/2020
11h
11727

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609

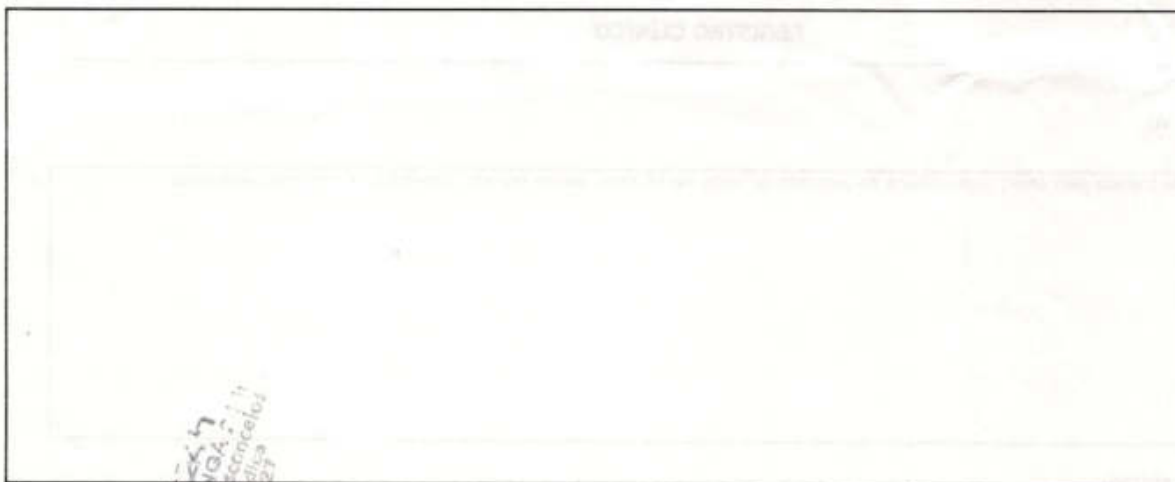




Nome: 491680-JANDERSON LIMA DA SILVA
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-83441086
Idade: 36a 4m 2d Nascimento: 20/11/1983
Mãe: MARIA DA CONCEICAO SILVA
Endereço: QUINZE DE NOVENBRO, 46 - AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/ PE - CEP: 53200670

Data do Atendimento: 22/01/2020
Prontuário: 00491680
Nº Atendimento: 01393123
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: SILVIO SANTIAGO CRM: Nº 9756

Conduta:



Silvio Santiago
UPA24h CAXANGÁ
Dr. André V. Conceição
Coord. Médica
Ext: 1127

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 UPA 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
NL. HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Fernanda Souza da Camara Nascimento
Enfermeiro
COREN 273647

pele integra

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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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 Casanga com relato de queda de moto no 6h, cursando com dores em tornozelo, cotovelo e ombro E. Nega TCE. Nega comorbidades ou alergia.

Exame Físico

ECG, ROTG, exames e afébril. Não mobilização ativa de ombro E, porém preservada. Edema em tornozelo E. Ausência de bloqueio em mobilização de ombro e cotovelo E.

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

1) Celcico 80 p/ reanalgesia

2) Dipirona 1g 4AD, IV, ACORR. 16

3) Clonazepam 1mg + 100ml SF0.9% IV, 12/12h. 16

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

16/16 - Em tempo, visto RX e identifique ausência de fraturas em paciente, apenas entorçao do tornozelo E, sem necessidade de condutas cirúrgicas.

CD: Gela beta com ME

Alta hospitalar p/ acompanhamento ambulatorial

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

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

+ M. Antônio Gueiros





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
491680-JANDERSON LIMA DA SILVA

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

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-83441086

Mãe:
MARIA DA CONCEICAO SILVA

Endereço:
QUINZE DE NOVEMBRO, 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: Nº 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
Endereço..... : RUA QUINZE DE NOVEMBRO
Bairro..... : AGUAS COMPRIDAS
Cidade..... : OLINDA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 22/01/2020
Idade: 36 a
UF.: PE CEP: 53200670
Plano....: PLANO UNICO
Hora Saída : 19:00

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO
ENF ISABELE

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



ХЕПОН



EVOLUÇÃO CLÍNICA

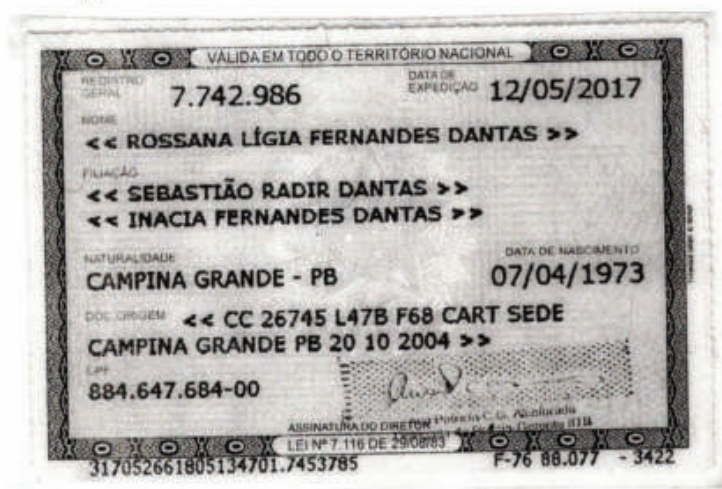
Nome: Thiago Luis Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

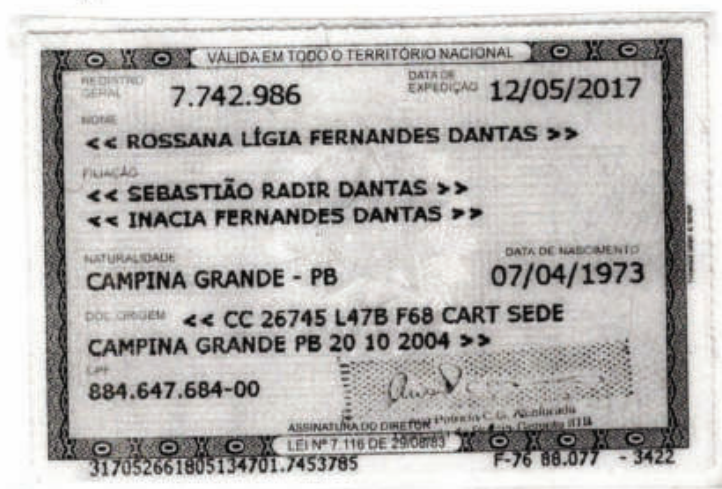
Data/Hora	
05/02/20	02 Jours w
	fati. pour w
	tombes de
	Tuk cross by
	sur and cross
	w. net.
	A → Tunes by
	now
	fati 300

Fabio Kallman
Ortopedista
CRM: 14.368

~~Rabio Kaufman
Ortopedista
CRM: 14.368~~







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	COMBUSTÍVEL
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

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

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 OBRIGATÓRIO
NÃO VALDO PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE	DATA
12/02/19	

Roberto Carlos Moreira Pontelles
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

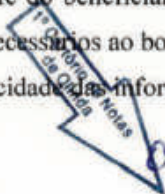
BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JANDERSON LIMA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO Profissão: VEGILANTE
Identidade: 6388796 CPF: 07026857479
Endereço: RUA QUINTE DE NOVENPRO HQ
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

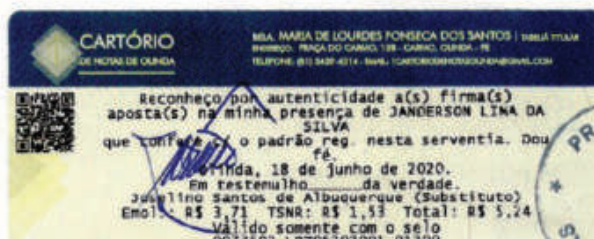
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (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 02/01/2020, 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

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

Data do acidente: 22/01/2020

Titular do CPF: JANDERSON LIMA DA SILVA

CPF de: Próprio

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

