

COMPLEXO SOCIAL EVANGÉLICO

RUA FLORIANO PEIXOTO, Nº 85 - S/ 502/503 - EDE. VIEIRA DA CUNHA - SANTO ANTONIO
RECIFE - PE - CEP: 50020-060 - TEL.: 3224.6948 FAX: 3224.9945

COOP. MÚTUA DE TRAB. DE PASTORES E IG. EVANGÉLICAS DE PE
COOP. DE TRAB. DE RESÍDUOS RECICLÁVEIS
CENT. DE ASSIST. SOC. ISABEL DORNELLAS DA SILVA
CONS. EST. DA MULHER CRISTÃ DE PE
FUNDAÇÃO HORÁCIO DOMINGOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome:

Faziel Lourenço da Silva

Nacionalidade: Brasileiro(a) Est. Civil:

solteiro Profissão: perfeiteiro

CPF/MF nº.

725.090.234-20, RG. nº. 10055.859

Endereço:

R. Amsterdam, 344B. Im. Brimbeira - Rec.

OUTORGADO

Bel. CLÁUDIO ROGÉRIO TORREÃO DE ALMEIDA, brasileiro, casado, OAB - PE, nº. 10.145, Bel. ALAMS PEREIRA DA SILVA, brasileiro, casado, OAB - PE, nº. 26.574, Bel. DIEGO RODRIGO SILVA DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado, OAB-PE 21.847, Bel. HORÁCIO DOMINGOS DA SILVA FILHO, brasileiro, casado, CPF/MF nº. 138.581.654-68, Bela. LINDINALVA DOMINGOS DA SILVA, brasileira, casada, OAB/PE 6134-E, CPF/MF nº. 245.134.664-72, Bel. WAGNER ANTÔNIO DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, OAB/PE 37.585, Bel. WALDEMIR FERREIRA DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, OAB/PE 10.356-D, Bel. GILSON SILVA MAGALHÃES, brasileiro, casado, OAB - PE 31.696, Estagiária ISABELLA COSTA RODRIGUES DE MELO, brasileira, solteira, estagiária, OAB/PE 12.834-E, Estagiário FRANCISCO DE ASSIS CAVALCANTI DE LIRA, brasileiro, casado, estagiário, OAB/PE 12.953-E. Todos com endereço profissional sito à Rua Floriano Peixoto, nº. 85, Edifício Vieira da Cunha, 5º andar, sala 503, bairro de São José, nesta cidade.

PODERES

Pelo presente instrumento são conferidos ao OUTORGADO pelo OUTORGANTE os poderes contidos na Cláusula "ad judicial", e parte final do artigo 38 do CPC, para o foro em geral, em especial para

podendo em qualquer instância ou tribunal, requerer, contestar, recorrer, desistir de recursos embargar, impugnar embargos, transigir e, podendo substabelecer no todo ou em parte, em fim praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, 08.1 Setembro 2020

Faziel Lourenço da Silva



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Josiel Lourenço da Silva
nacionalidade: Bras., estado civil: casado, profissão: surfista,
CPF/MF nº. 725.090.234-20 RG. nº. 1.0.055.859.
Residente: R. Amp. Teodoro, 344-B, Im. Guadalupe - Recife - PE.

Vem, na forma da Lei nº. 1.060 de 05 de fevereiro de 1950 e as alterações constantes da Lei nº. 7.115 de 29 de agosto de 1983, **DECLARAR** expressamente, sob sua inteira responsabilidade, **seu estado de insuficiência financeira** para arcar com o pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, com a finalidade de obter os benefícios da gratuidade da justiça.

O (A) declarante afirma, ainda, estar ciente de que, em caso de falsidade de declaração aqui apresentada, se sujeita às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Esclarece, por oportuno que sua renda mensal constitui o estritamente necessário ao custeio de suas despesas ordinárias e de seus encargos de família.

Recife, 08 / setembro / 2020.

Josiel Lourenço da Silva
Assinatura do Declarante





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 50050-902
CNPJ: 10.835.322/0001-08 | Ins. Est. 0006-151-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOÃO GONCALVES SILVA

CPF: 048.051.644-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA AMSTERDAM 344 - B

IMÉDIO REBELO CAVALEI
RECIFE-PE
51170-220

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
067079634	URUCA	27/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/06/2019	2001136148	5386907

CONTA CONTRATO	QUÊDANO
7007062871	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA
01/07/2019	24/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
120,84	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo (VH)	134,0000000	0,74183679	99,40
Autoregulação Bandeira AMARELA			0,40
Contribuição Pública Municipal			18,45
ICMS Suprevisão CELPE NF 059498805-24/04/19			0,83
Multa por atraso NF 063356886-24/05/19			1,86
Multa por atraso NF 063356886-24/05/19			0,13
Atualização x MP NF 063356886-24/05/19			0,00
Compensação CMC 04/19			0,00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.055.859 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2018

NOME << JOSIEL LOURENÇO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MANOEL LOURENÇO DA SILVA >>
<< MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA >>

NATURALIDADE BARREIROS - PE DATA DE NASCIMENTO 15/05/1969

DOC. ORIGEM << CC.1152 L.BAUX5 F.52 CART.SANTO >>

ANTONIO, RECIFE-PE 06/07.2007 >>

CPF 725.090.234-20

ASSINATURA DO DIRETOR DI-1
LEI 7.116 DE 29/06/83
F-04 36.827 - 4333
1519583680701163104.84.996

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-9

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TÁVARES REBEL

POSSUÍDOR DIRETO

CARTERA DE IDENTIDADE

Josiel Lourenço da Silva



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ª CIRC DIM/3ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099001917**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2019** às **17:13**

Complementa o BO Número: **19E0099001506**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2019** às **19:00**

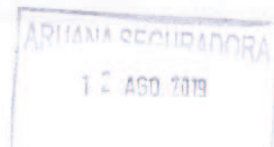
Fato ocorrido no endereço: **RUA ARQUITETO LUIZ NUNES, 1 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA Pai: MANOEL LOURENÇO DA SILVA Data de Nascimento: 15/5/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA AMSTERDAM, 344, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH5776 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015**

Complemento / Observação

23/07/2019 1

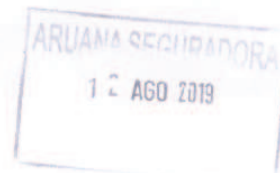


INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA NA AV ARQUITETO NUNES COM SUA MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA, MODELO 250 CC, COR PRETA, PLACA PCH-5776, QUANDO SUBTAMENTE O AUTOR EM VEICULO DE PASSEIO ENTROU A ESQUERDA SEM COLOCAR O INDICATIVO DA SETA, CAUSANDO UMA COLISÃO E PROJETANDO A MOTOCICLETA DA VITIMA NO CHÃO. ONDE O MESMO FOI ATENDIDO PELO SAMUR E LEVADO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA.

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

**JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **381051-8**



23/07/2019 1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099001506**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **17:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARQUITETO LUIZ NUNES, 01 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA Pai: **MANOEL LOURENÇO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA AMSTERDAM, 344, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

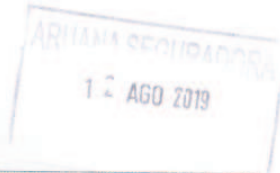
DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

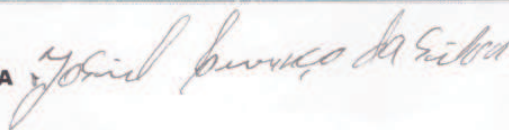
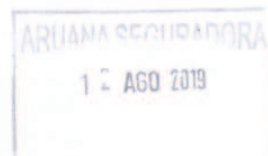
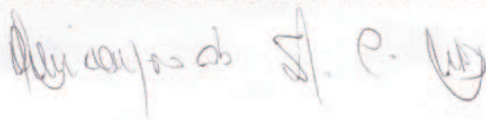
MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA NA AV ARQUITETO NUNES COM SUA MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA, MODELO 250 CC, COR PRETA, PLACA PCH-5776, QUANDO SUBTAMENTE O AUTOR EM VEICULO DE PASSEIO ENTROU A ESQUERDA SEM COLOCAR O INDICATIVO DA SETA, CAUSANDO UMA COLISÃO E PROJETANDO A MOTOCICLETA DA VITIMA NO CHÃO. ONDE O MESMO FOI ATENDIDO PELO SAMUR E LEVADO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA.



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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
(VITIMA)B.O. registrado por: **POLICARPO DA SILVA COSTA NETO** - Matrícula: **3848523**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	052.06.2019
DATA	21.06.2019

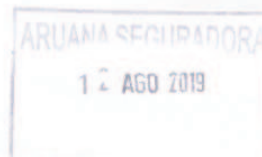
Atendendo ao requerimento da Sra. **MARIA DOS PRAZERES LOURENÇO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **2935697** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **433.485.134-72**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-636116**, que no dia 02 de junho de 2019, o paciente Sr. **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **10055859** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **725.090.234-20**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 19h41, na Avenida Engenheiro Alves de Souza, em frente a Farmácia Drogasil, bairro da Imbiribeira, Recife/PE, em seguida, direcionado a UPA Imbiribeira e, posteriormente, redirecionado ao Hospital Otávio de Freitas. Recife, 21 de junho de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Dr. Sergio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife



SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50 060.140 Fone: 3355-7450



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

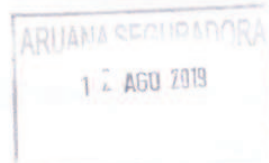
Nome do Paciente: JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Data de Nascimento: 15/05/1969 Data Atendimento: 02/06/2019
Prontuário: 0000560233 Cód. Atendimento: 01238224
Nome do Hospital: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
Senha: 5697493
Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE TRAZIDA POR SAMU EM PRANCHA RIGIDA E IMOBILIZAÇÃO CERVICAL APOS POR MOTO, QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO DE OMBRO E E BACIA. NEGA TCE NAUSEAS VOMITOS OU CERVICALGIA. ECG 15;
RAIO X: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Recife, 02 de Junho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

IPAS
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
RUA DE AV. A. L. DE OLIVEIRA NO. 100 - JARDIM
MARCELLO
Dr. Marcello Silva
CEO UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Queixa Principal / História

PACIENTE TRAZIDA POR SAMU EM PRANCHA RIGIDA E IMOBILIZAÇÃO CERVICAL APOS POR MOTO, QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO DE OMBRO E E BACIA. NEGA TCE NAUSEAS VOMITOS OU CERVICALGIA. ECG 15;

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			20					

Dr. Marcello Silva
Médico Especialista em Medicina de Emergência

ARUANA REGIPADORA
12 AGO 2019



Prescrição.: 1739729 Data: 02/06/2019 20:33
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 560233 - JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) int
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P./ PERFIL / AXIAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33
3 RX BACIA A.P. / PATA DE RÃ ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33
4 RX JOELHO ESQUERDO A.P. / LATERAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MÓDULO DE PRESCRIÇÃO
Dr. Marcello JCS
19/06/2019 11:22

ARLIANA SECUNDARIA
12 AGO 2019

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcelloj



Prescrição.: 1739728 Data: 02/06/2019 20:32
Usuário....: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 560233 - JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) int
Médico.....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[02/06] 20:32
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
2 DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[02/06] 20:32
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
S/ AGULHA						
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
RA 15/05/2019 20:23 0 Dias(s) int
Médico.....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

Dr. Marcello Silva

ARIANA SECUNDARIA
12 AGO 2019

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcelloj



Jovem Aprendiz

De: UPA IMBIRIBEIRA <contato.upaimb@ipassaude.org>
Enviado em: quarta-feira, 19 de junho de 2019 11:09
Para: secretaria.upaimb@ipassaude.org; coordtecnica.upaimb@ipassaude.org
Assunto: SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

Sinalizador de acompanhamento:

Acompanhar

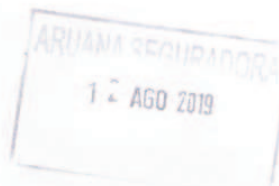
Status do sinalizador:

Sinalizada

De: Josiel Lourenço da Silva
Motivo da Solicitação: Entrada no dpvat
Data do atendimento: 02/06/2019
RG: 10055859
Telefone: 81 985558217
Data de nascimento: 15/05/1969
Nome da Mãe: Maria da Conceição silva
Protocolo: teste

--

Este email foi enviado via formulário de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO em UPA IMBIRIBEIRA



Prescrição.: 1739727 Data: 02/06/2019 20:32
Usuário....: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 560233 - JOSIEL LOURENCO DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) int
Médico.....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TRANSFERENCIA	1					02/06 20:32

UPA IMBIRIBEIRA
RA 1000 A - SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução
Dr. Marcello JCS
19/06/2019 11:22

ARQUIVADA
12 AGO 2019

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcello



Registro N° 7352 Hora: 11:47 Recepcionista Selene
Unidade de Saúde 169 Distrito Sanitário: II Data: 03/06/19

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Isiel Correia da Silva
Data de Nascimento: 15/05/69 Sexo: M - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado
Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☒ 2-Preta ☐ 3-Parda
☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena
Estado Civil: Casado Escolaridade: Profissão: Maria da Conceição Silva
Endereço: R. Amsterdam, 399 Complemento: CEP: 51010-000
Bairro: Tabuleira Municipalidade: Recife UF: PE
Acompanhante: Maria dos Prazeres (Esposa)
Procedência: Meio de Transporte: F-98581-6967
HCA: 194

TRAUMA OMIMC

Vacinas atualizadas: Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automotivo () Ônibus () Moto () Outro () Qual? Ignorado ()
Tipo de proteção: Cinto / Capacete Sim () Não () Ignorado ()
Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? Ignorado ()
Lado / Voltando do trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Casa Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? Ignorado ()
Local de Trabalho: Orgão: Endereço:

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação: Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()
Outro () Qual? Ignorado ()

AGRESSÃO

Per: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancimento () Outro () Qual? Ignorado ()
Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Per: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? Ignorado ()

Observações: f u e l. m r e OMIMC

Ficha Física:

A: Geral Peso: Estatura: Temp: °C

B: Respiratório

ARUANA SEGURADORA
12 AGO 2019

Cardiovascular

Pulso

bpm

PA:

mmHg

Exame Neurológico

Exame Abdominal

Exame de Reflexos

Exame de Sinal de Babinski

Exame de Sinal de Hoffmann

Mt. 6012 @

Rx de m-@ A+Pro

M-J

Diagnóstico - 2-1 -> a
+
P32 - 3-1
- Prof. d - 12/10/16
(S.M.)

Assinatura Conselho N°

Fim Chave 6 @ +

Fim 25/11/16

CRM

Hora

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

Nº 015101062565

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1051672063 P.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

RECIFE-PE

CPF / CNPJ 725.690.293-20 PLACA PCH5776

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C6K80460F0111111

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA / FAZER Y8250 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP. POT. / CIL 22/249CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

I P V A IPVA 2019 QUITADO 1ª *****
FAXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
1 ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.24 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 05/07/19

OBSERVAÇÕES

21. FID. YAMAHA ADM CONS LTDA

RECIFE 12/07/19

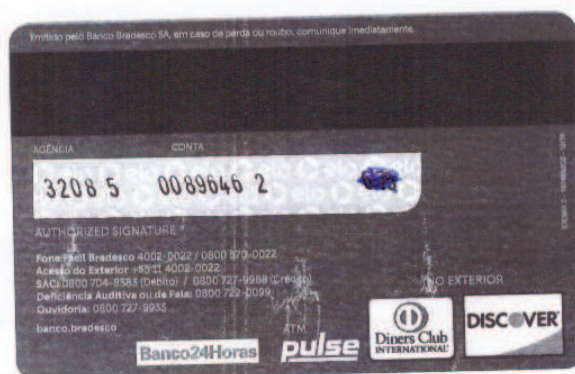
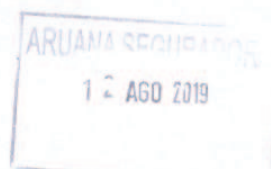
Robert Carlos Moreira Fontelle

EXEUTOR

ARIANA SEGURADORA

12 AGO 2019





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275562/19

Vítima: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

CPF: 725.090.234-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOSIEL LOURENCO DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSIEL LOURENCO DA SILVA : 725.090.234-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3390 474723

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

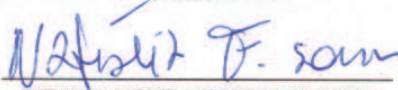
Portador da documentação entregue

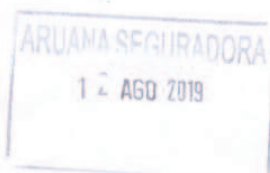
Data da entrega: 12/08/2019
Nome: JOSIEL LOURENCO DA SILVA
CPF: 725.090.234-20

JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA


NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



Arwana: (81) 3388-3836





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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190474723

Vítima: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIEL LOURENCO 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, contados 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 14699930





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

725.090.234-20

4 - Nome completo da vítima:

JOSIEL LOURENÇO 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:

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

6 - CPF:

725.090.234-20

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA AMSTERDAM

9 - Número:

344

10 - Complemento:

CASA B

11 - Bairro:

IMBIRIBEIRA

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51180-190

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81 985558217

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3208

5

CONTA: 0089646

2

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 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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, 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)

☐ 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

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, Recife, 12/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Seguradora

LÍDER

(/)

Líder Seguradora do Seguro DPVAT



Contato

Dúvidas, Reclamações e Sugestões



Sua mensagem foi enviada com sucesso.

Nossa equipe responderá sua mensagem em até 15 dias úteis. Caso não receba nossa resposta nesse prazo, por favor, verifique a disponibilidade de sua caixa de entrada e as configurações de seu serviço de anti-spam. A Seguradora Líder-DPVAT agradece o seu contato.

[Buscar no site](#)

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages /Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages /Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

NOTÍCIAS

Mudanças nos pontos de atendimento do Seguro DPVAT (</Pages/Destaques-detalle.aspx?l=Destaques&cid=138>)

DPVAT, uma decisão esdrúxula (</Pages/Destaques-detalle.aspx?l=Destaques&cid=136>)

[Mais notícias \(/pages/destaques.aspx\)](/pages/destaques.aspx)

NEWSLETTERS

Seguradora Líder lança segunda edição da promoção "Pequeno Grande Motorista" (</pages/newsletter-detalle.aspx?cid=398>)

17/10/2019 16



← Volta → ↺ ↻ ⌂ Arquivo Imagens Áudio Vídeos

Yahoo/Entrada

Facebook | Twitter | LinkedIn | Instagram | Youtube

----- Mensagem Original -----
De: cooperativapr@yahoo.com.br
Enviada em: 17/10/2019 16:25:57
Para: faleconosco@seguradoralider.com.br



Localizar mensagens, documentos, fotos ou pessoas

← Voltar ↩️ ↪️ ➡️ 📁 Arquivar 📧 Mensagens 🗑️ Apagar 🛡️ Seguro

Facebook | Twitter | LinkedIn | Instagram | Youtube

Entrada 999+

Não lidos

Favoritos

Rascunhos 0/1

Enviados

Arquivo

Spam

Lixeira

⌵ Menos

Visualizações Ocultar

📷 Fotos

📄 Documentos

Pastas Ocultar

+ Nova pasta

Junk

Processos Es...

----- Mensagem Original -----

De: cooperativapr@yahoo.com.br

Enviada em: 17/10/2019 16:25:57

Para: faleconosco@seguradoralider.com.br

CC:

Assunto: [SEGURO DPVAT]

SEGURO DPVAT - APP FALE CONOSCO

Nome: Josiel Lourenço da Silva

CPF/CNPJ: 72509023420

E-mail: cooperativapr@yahoo.com.br

Cidade - UF: Recife - PE

Telefone: (81) 985558217

Opções Seleccionadas: Pedido de indenização > Outra dúvida

Mensagem: procurei um posto da seguradora que me informou que foi enviado para a minha residência uma correspondência, porém até o momento não recebi NADA, fui informado para entrar no site da Lider, também não localizaram minha solicitação, e fui direcionado para essa

pagina. Preciso de uma resposta já se passaram 66 dias sem resposta. Aguardo uma posição da Seguradora Lider. Grato

EMAIL ENVIADO AUTOMATICAMENTE

↩️ ↪️ ➡️ ⋮



faleconosco@seguradoralider.com.br

faleconosco@seguradoralider.com.br

Responder, Responder a todos ou Encerrar



ARUANA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Sosiel Lourenço da Silva
 DATA DO ACIDENTE 02/06/2019 CPF DA VÍTIMA 725.090.234-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 2ª VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Amsterdam
 Nº 344 COMPLEMENTO B BAIRRO Imbuvibeiro
 CIDADE Recife UF PE CEP 53370-220
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98555-8237

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCALIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 02/06/2019
 IDENTIDADE 30.055.859
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 12 AGO 2019
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]

Digitalizado com CamScanner