
Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190036871

Vítima: FABIO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO FELICIANO 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, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190036871

Vítima: FABIO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO FELICIANO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190036871

Vítima: FABIO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO FELICIANO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190036871

Vítima: FABIO FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO FELICIANO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

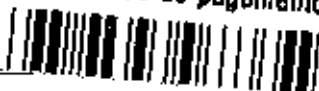
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FABIO FELICIANO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 7038393 EXPEDIDO POR SDR PE EM 09/04/2019CPF 064280534-17 / CNPJ 000000000000000000-00000000, PROFISSÃO MOTORISTAE RENDA MENSAL DE R\$ 1.000 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FABIO FELICIANO DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 3030 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00046405-6

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

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

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

PROJUCA 08 de JANUÁRIO de 2019 Fabio Feliciano da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

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



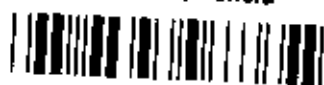
Juv.

ASL 0017276/19

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Boletim de Ocorrência

Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA -
DP42ªCIRC DIM/10ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0132002149

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/12/2018 às
12:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 2/11/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IPOJUCA, 1 - Bairro: CENTRO -
IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WELLINGTON MANOEL DA SILVA (OUTRO)
FABIO FELICIANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
FABIO FELICIANO DA SILVA

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

**FABIO FELICIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
DE LOURDES FELICIANO DA SILVA Pai: MANOEL FELICIANO DA SILVA NETO Data de
Nascimento: 8/3/1984 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
210042072004/MEX/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:
- 988168788**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O, 119, ARMANDO DA COSTA
BRITO - CEP: 0 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**WELLINGTON MANOEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON MANOEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIO FELICIANO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KQW6887** (PERNAMBUCO/ IPOJUCA) Renavam: **542263365** Chassi: **9BD167132D3887896**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA A VITIMA EM TELA COMUNICANDO QUE CONDUZIA O VEÍCULO KQW6887, TAXI SIENA DE IPOJUCA-PE SENTIDO CAMELA - IPOJUCA/PE QUANDO O CONDUTOR DE VEÍCULO DE PLACA GYM6088, ONIX, AZUL, PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO, INVADIU SUA VIA E COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, RODOPIOU E UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO TAMBÉM COLIDIU NA SUA LATERAL, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL CAROLZITA BRITO NO DIA 02/11/2015 ÀS 00:25H, SOB REGISTRO DE PRONTUÁRIO Nº 73515 COM FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA E JOELHO ESQUERDO, POSTERIORMENTE PARA UPA PARA REALIZAÇÃO DE EXAME SOB REGISTRO Nº 43884, ATUALMENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO ORTOPÉDICO.

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

FABIO FELICIANO DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **TERESA CRISTINA COSTA DOS SANTOS** - Matrícula: **273877-4**



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

FABIO FELICIANO DA SILVA

e
ANTONIA RISÂNGELA DA SILVA

MATRÍCULA:

0762810155 2012 2 00013 025 0003122 50



Sendo, Ele, o contraente: nascido no dia 08 de março de 1984, na cidade de Ipojuca - PE, nacionalidade brasileira, solteiro, vigilante, domiciliado e residente na Rua Armando da Costa Brito, nº 76, em Nossa Senhora do Ó - Ipojuca - PE, filho de: MANOEL FELICIANO DA SILVA NETO, pernambucano e MARIA DE LOURDES FELICIANO DA SILVA, pernambucana.

E Ela, a contraente: nascida no dia 13 de junho de 1975, na cidade do Cabo de Santo Agostinho - PE, de nacionalidade brasileira, solteira, aux. administrativa, domiciliada e residente na Rua Armando da Costa Brito, em Nossa Senhora do Ó, Ipojuca - PE, filha de: JOSÉ CAETANO DA SILVA (falecido) e AMARA MARIA DOS SANTOS, pernambucanos.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO

Dezenove de dezembro de dois mil e doze.

DIA

19

MÊS

12

ANO

2012

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS.

O CONTRAENTE PASSOU A USAR O NOME DE: O nome que já usava. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

A CONTRAENTE PASSOU A USAR O NOME DE: **ANTONIA RISÂNGELA FELICIANO DA SILVA**

OBSERVAÇÕES e/ou AVERBAÇÕES

1ª VIA. Casamento Civil realizado no Fórum de Ipojuca, Av. Francisco Alves de Souza, sn, Ipojuca - PE, às 09:00 horas, no dia 19 de dezembro de 2012, perante a Dr. Idete Veríssimo de Lima, Juíza de Direito e dos Casamentos da 1ª Vara Cível desta Comarca. "VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO".

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO

3º DISTRITO DE NOSSA SENHORA DO Ó - MUNICÍPIO DO IPOJUCA-PE

MARIA DE FÁTIMA DO RÊGO

Oficiala do Registro Civil

FLÁVIO HENRIQUE DO RÊGO SOUZA

Oficial Substituto

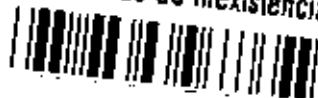
Ipojuca-PE, 19 de dezembro de 2012.

Maria de Fátima do Rêgo
Assinatura do Oficial

Endereço: Rua Mario Júlio do Rêgo, nº 06, Nossa Senhora do Ó - Ipojuca-PE. CEP: 55.592-000-Fone: (0XX81) 3559-0185. Endereço eletrônico (e-mail): cartorio_nso@yahoo.com.br

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de



Eu, FABIO FELICIANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 763 83 93 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.280.574-17, residente e domiciliado na RUA ARMANDO DA COSTA BRITO, Cidade IPÓJUCA, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Fabio Feliciano da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ipójuca 08 de janeiro 2018

Local e data



Tarifa Social de Energia Elétrica: Cota de até 10 kWh, de 26/04/2018

NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Box Vitor, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0505943-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FABIO FELICIANO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ARMANDO DA COSTA BRITO 17

CPF: 084.240.514-17
CLASSIFICAÇÃO

SA DO OMOSSA SENHORA DO O
IPOJUCA PE
55580-000

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	10/2018
4003689655	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	26/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	184,53

CONTA Nº	UNICA	DATA DE VENCIMENTO
03/068670	UNICA	26/11/2018
CLASSIFICAÇÃO	TIPO DO CLIENTE	DATA DE INSTALAÇÃO
26/11/2018	20/09/2011	14/09/2011

RESUMO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Energia (kWh)	217,0000000	0,73000000	158,55
Acréscimo Bandeira VERMELHA			15,00
Contrib. Sum. Pública Municipal			6,01
ONS Subvenção CDE-NE 079424315-7708/18			1,77
TOTAL DA FATURA			184,53

TÍTULOS DE CONSUMO		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		NOTA FISCAL	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
20344020	CAT	25/09/2018	18.021,00	25/09/2018	18.026,00

Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
00	1,00000		217,00

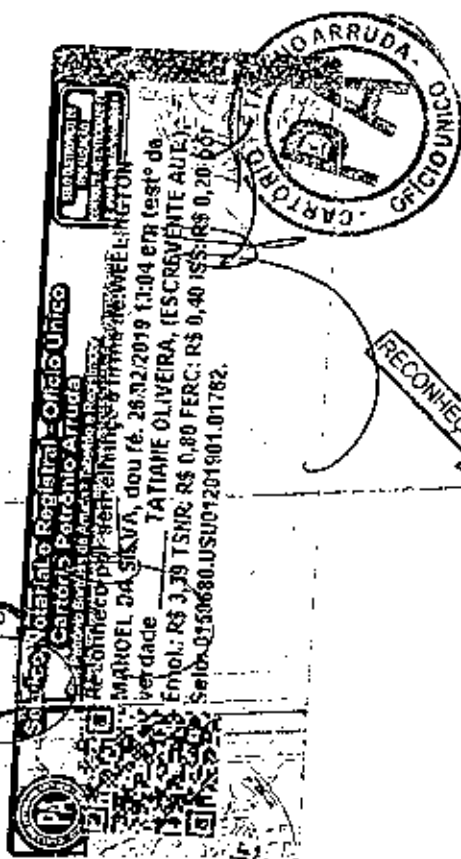
Comprovante de residencia





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (o) Fabio Feliciano da Silva portador do RG nº 7038393 e CPF nº 064.280.594-11 no momento do acidente no dia 02/11/18 estava desempenhando a função de taxista no distrito de Camela município de Ipojuca – PE com carga horária semanal indeterminada de Segunda a domingo. Com contrato de aluguel semanal do táxi fiat siena attractive 1.4 da placa KGW nº 6907 no valor R\$ 350 semanais, pago ao proprietário Sr(o), Wellington Manoel Da Silva. ”



RECONHECO

Ipojuca, 26 de Februario de 2019

Wellington Manoel da Silva
Assinatura do responsável



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE

Documentação médica - hospital



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DO IPOJUCA - IPOJUCA - PE
End: Rua do Comércio, 160 - Centro
Fone: (81) 3551.1147 - CNPJ 11.294.386/0001-08
Cidade: Ipojuca PE

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Felipe Eduardo de Azevedo

Endereço:

Prescrição:

Algodão

0200

Tomar 02 unidades 10 a 14 dias

Política N. Sra. do O
DISPENSADO
DATA: 19/11/18

Dr. Carlos Frederico W. de Miranda Jr.
CRM-PE 20556
RBO 15722
Especialista em Traumatologia

Assinatura

Data

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Ident:

Org. Emissor

End:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: / /



PREFEITURA DO
IPOJUCA

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

União mudo

Parabéns Herivelto por sua
Sua presença na cirurgia
trabalha há 2 meses
na consultório. Parabéns
Herivelto por sua

União = S42

27/12/18

Data

Dr. Herivelto Alexandre
Médico Ortopedista
Cirurgia de Quadril e Artroscopia
CRM-PE 14239 SBO 12499 SBO 712

Assinatura - CRM



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
SUS - PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado Fábio Feliciano de

Silva, portador da Carteira Profissional nº _____

Série _____, necessita de 30 (trinta)
Por Extenso

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

UPA
Hospital ou Ambulatório

Ipajuba 13/11, 2018
Localidade e data
Caio Henrique P. M.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22.516

Ass. do Médico - CRM nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14-03-67 e será expedido para justificativa do 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Código 264783650



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

SAÚDE
EXPERTO
EM VOCE



FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA- FEE

Unidade Solicitante: _____

REFERÊNCIA /DADOS DO USUÁRIO / MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

*Nome do Usuário: Rafaela Pereira da Silva

*Cartão SUS Nº: _____

*Data de Nasc: / / Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐ Cor referida: _____

CPF: _____ RG: _____ CID: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Município: _____ UF: _____

*Especialidade Solicitada: Ortopedia

*Justificativa do Encaminhamento ao especialista/Hipótese diagnóstica:

- para conduta cirúrgica.

Dr. Herivelto Alexandre

Médico Ortopedista
Cirurgia do Quadril e Artroscopia
CRM-PE 16239 SBOI 12499 SBOI 712

Assinatura do profissional de saúde e Número do registro de classe

Data: 21/12/18

CONTRA-REFERÊNCIA / DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE

Data: / /

Assinatura do profissional de saúde e Número do registro de classe

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Unidade Executante: _____ Nº Prontuário: _____

Profissional Executante: _____

Especialidade: _____ Data: _____

Horário: _____

Nº CHAVE

ATENDIMENTO POR
ORDEN DE CHEGADA

*Campos de preenchimento obrigatório.



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

Nº REGISTRO 43.671	DATA E HORA DO NASCIMENTO 08-03-84	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL
PACIENTE: Felipe Feliciano da Silva	NASCIMENTO: 08-03-84	IDADE: 34
ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Polo	SEXO: M
Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI
		Mãe: Maria de Lourdes Feliciano da Silva
ENDEREÇO: Rua Armando da Costa Brito nº 19		COMPLEMENTO
BAIRRO: N-S. do O	CIDADE: Ipojuca	UF: PE
ORIENTAÇÃO:		TELEFONE: 8918-8789

PROCEDÊNCIA:	MEIO DE TRANSPORTE: ambulância
--------------	-----------------------------------

CONSULTA DE ENFERMAGEM	
DATA: 02-11-18	HORA: 01:39
ENFERMEIRO:	COREN:
SITUAÇÃO QUEIXA:	

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:
MEDICAÇÃO EM USO:

PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS
ESCORE	ESCORE	ESCORE	MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐	ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICA ☐
DOR: ☐ SIM ☐ NÃO	SUDORESE: ☐ SIM ☐ NÃO	PALIDEZ: ☐ SIM ☐ NÃO		

EXAME FÍSICO:
Paciente jovem de 34 anos em estado de poor acidente automobilístico há 12h (m) Nega dor / vômito Rx - fr. cliv. E y

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:
op. síndrome tipo 8 análise

Dr. Carlos Frederico de Lima
CRM: 26556
Rég. Prof. 16742
Ortopedia e Traumatologia



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

Ortopedia

ADESIVO

Nº REGISTRO 43.661	DATA E HORA DO NASCIMENTO 08.03.84	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL
PACIENTE: <u>Fabio Juliano da Silva</u>		
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NASCIMENTO: IDADE: SEXO: COR:
NACIONALIDADE:		
Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI
MÃE <u>Matia de Lourdes F. da Silva</u>		
ENDEREÇO:	COMPLEMENTO	
BAIRRO:	CIDADE:	UF:
ORIENTAÇÃO:	TELEFONE:	
PROCEDÊNCIA:		

CONSULTA DE ENFERMAGEM	MEIO DE TRANSPORTE:
DATA: <u>13.11.18</u> HORA: <u>10:45</u>	ENFERMEIRO: <u>Nazareth</u>
SITUAÇÃO QUEIXA:	COREN: <u>47526-ENF</u>

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENÇÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO:

PA: <u>X</u> mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS
SCORE:	SCORE	SCORE	MSD ☐ MID ☐ MSF ☐ MIE ☐	ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS ☐
DOR: ☐ SIM ☐ NÃO	SUDORESE: ☐ SIM ☐ NÃO	PALIDEZ ☐ SIM ☐ NÃO		

EXAME FÍSICO:

K. clavícula

acidente de carro

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

lesão

antes de cirurgia

lesão

2 meses

Caio Henrique Pina
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22.516



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

34

CONTAS

Nº REGISTRO 739.15	DATA E HORA DO ATO 08.03.84	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL
-----------------------	--------------------------------	----------------------------------

PACIENTE: Fabio Feliciano Da Silva	NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	

Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI: Maria de Mouraes F. da Sil.
------------------	----------	----------------------------------

ENDEREÇO: Rua: Armando da Costa Brito Nº 19	COMPLEMENTO
---	-------------

BAIRRO: N. S. Do C.	CIDADE: Ipojuca	UF: PE	TELEFONE:
---------------------	-----------------	--------	-----------

ORIENTAÇÃO:

PROCEDÊNCIA:	MEIO DE TRANSPORTE:
--------------	---------------------

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA: 02.11.18	HORA: 00:29	ENFERMEIRO:	COREN:
----------------	-------------	-------------	--------

SITUAÇÃO QUEIXA:

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO ☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:

MEDICAÇÃO EM USO:

PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
------------	----------	---------	---------	-------

ECO: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS
ESCORE	ESCORE	ESCORE	MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐	ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICA ☐

DOR: ☐ SIM ☐ NÃO	SUDORESE: ☐ SIM ☐ NÃO	PALIDEZ: ☐ SIM ☐ NÃO
--	---	--

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:



**SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
HOSPITAL CAROZITA BRITO**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Sr Fábio Feliciano da Silva, deu entrada no setor de emergência do Hospital Carozita Brito em 02/11/2018 às 00:29h, sob registro de prontuário nº73915 de mesma data, para atendimento médico.

Segue em anexo a cópia do prontuário de atendimento.

Ipojuca, 19 de Novembro de 2018


Hospital Carozita Brito
Sônia M^a da Silva
Diretor Administrativo

Sônia Maria da Silva
Diretora Administrativa

Documentos de Identificacao



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

Nome: **FABIO FELICIANO DA SILVA**

REC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR / UF): **910042078006 - REC. PE**

CPF: **064.280.574-17** DATA NASCIMENTO: **08/03/1984**

FILIAÇÃO: **MANOEL FELICIANO DA ST**
LVA NETO
MARIA DE LOURDES FELIC
IANO DA SILVA

PROFISSÃO: **COMERCIAL** SEXO: **MASCULINO** CAT. RAÇA: **BR**

Nº REGISTRO: **06616057686** VALIDADES: **05/05/2020** 1ª HABILITACAO: **27/01/2017**

OBSERVAÇÕES:

Fabio Feliciano da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **RECIFE, PE** DATA ENTREGA: **05/11/2010**

[Assinatura]

Carlos Anderson Silva Nogueira
Diretor - Identidade

PRODUÇÃO DO TITULO: **09554434920**
PE080957494

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1683891047

1683891047



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
064.280.574-17

Nome
FABIO FELICIANO DA SILVA

Nascimento
08/03/1984

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0017276/19

Vítima: FABIO FELICIANO DA SILVA

CPF: 064.280.574-17

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/11/2018

Titular do CPF: FABIO FELICIANO DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIO FELICIANO DA SILVA : 064.280.574-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 16/01/2019
Nome: FABIO FELICIANO DA SILVA
CPF: 064.280.574-17

FABIO FELICIANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2019
Nome: ADRIANA DA COSTA SUNDIN
CPF: 807.663.587-04

ADRIANA DA COSTA SUNDIN

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA FABIO FERREIRO DA SILVADATA DO ACIDENTE 08/11/18 POSSUI CPF/INSS? ☒ NÃO Nº CPF 064.280.574-47

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) FABIO FERREIRO DA SILVAQuem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 064.280.574-47E-mail (81) 38948898Data 08/10/19 Assinatura Valter Luciano da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

 Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC IDOLUA - SEI DE
 Atendente DAISON AUCES Matrícula 85086100
 Data: 08/10/19 Assinatura: Daian AUCES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017276/19

Número do Sinistro: 3190036871

Vítima: FABIO FELICIANO DA SILVA

CPF: 064.280.574-17

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Outros



Data do acidente: 02/11/2018

Titular do CPF: FABIO FELICIANO DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Outros

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 cancela 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: 13/03/2019
Nome: FABIO FELICIANO DA SILVA
CPF: 064.280.574-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

FABIO FELICIANO DA SILVA

Karine Gomes de Lima

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

VÍTIMA FABIO FELICIANO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 08/11/18 POSSUI CPV ☒ SIM () NÃO Nº CPF 064-280.574-17

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

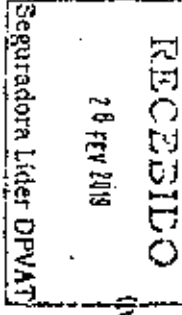
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 064-280.574-17

E-mail: (81) 9 8918 8789

Data: 27/02/19 Assinatura: Fabio Feliciano da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AC DPVAT - SE/PE

Atendente: JANILSON ACUFES Matrícula: 85080100

Data: 27/02/19 Assinatura: Janilson Acufes

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017276/19

Vítima: FABIO FELICIANO DA SILVA

CPF: 064.280.574-17

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/11/2018

Titular do CPF: FABIO FELICIANO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIO FELICIANO DA SILVA : 064.280.574-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 16/01/2019
Nome: FABIO FELICIANO DA SILVA
CPF: 064.280.574-17

FABIO FELICIANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2019
Nome: ADRIANA DA COSTA SUNDIN
CPF: 807.663.587-04

ADRIANA DA COSTA SUNDIN