



Número: **0029577-15.2020.8.17.8201**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **25º Juizado Especial Cível e das Relações de Consumo da Capital - Turno Manhã - 07:00h às 13:00h**

Última distribuição : **14/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.700,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO FELICIANO DA SILVA (AUTOR)		GILVANIA RAMOS DE MELO MEIRELES (ADVOGADO) PEDRO RAFAEL MELO MEIRELES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70720315	09/11/2020 14:04	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, 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,

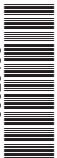
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13873607

Pag. 00859/00860 - carta_01 - INVALIDEZ

00020430





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, 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

Pag. 00007/00008 - carta_03 - INVALIDEZ

00060004



Carta nº 13874969





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, 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

Pag. 00781/00782 - carta_03 - INVALIDEZ

00070391



Carta nº 14086985





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, 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 de 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

Pag. 01341/01342 - carta_16 - INVALIDEZ

00320671



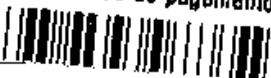
Carta nº 14900888



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 7038393 EXPEDIDO POR SDB PE EM 09/04/2017

CPF 06428053417 / CNPJ _____, PROFISSÃO MOTORISTA

E 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.

210304 08 de JANEIRO de 2019

LOCAL E DATA

Fabio Feliciano da Silva

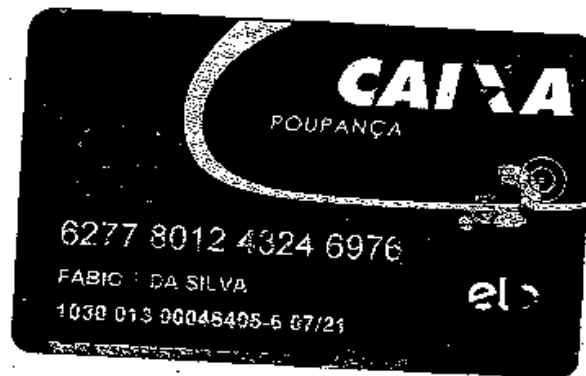
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.





Boletim de Ocorrência

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

Boletim de ocorrência



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

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 (Consumados)
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 (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (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: 8/8/1984 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
210942672004/MEX/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:
- 999168769**

**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:
DESCONHECIDO 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/POJUÇA) Renavam: **542263365** Chassi: **9B0167132D3887856**
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 VEICULO KQW6887, TAXI SIENA DE IPOJUCA-PE SENTIDO CAMELA - IPOJUCA/PE QUANDO O CONDUTOR DE VEICULO DE PLACA GYM6088, ONIX, AZUL, PERDEU O CONTROLE DO SEU VEICULO, INVADIU SUA VIA E COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, RODOPIOU E UM OUTRO VEICULO NÃO IDENTIFICADO TAMBEM COLIDIU NA SUA LATERAL, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL CAROLZITA BRITO NO DIA 02/11/2016 AS 08:25H, SOB REGISTRO DE PRONTUÁRIO Nº 73315 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)



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





REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

FABIO FELICIANO DA SILVA

ANTONIA RISÂNGELA DA SILVA

MATRÍCULA:

0762810155 2012 2 00013 025 0003122 50



Seu, 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

COMUNILHÃO 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.

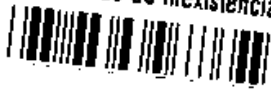
Maria de Fátima do Rêgo
Assinatura do Oficial

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 703 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 Lider 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: Criação pela Lei 10.438, de 26/04/02

celpe
neenergia

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
R. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-00 | Insc. Est. 02.05943-85 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FABIO FELICIANO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ARMANDO DA COSTA BRITO 11

CPF: 084.240.514-17

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATADA
4003589855
DATA DE VENCIMENTO
01/11/2018
DATA RECEBIMENTO
26/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
184,53

UNIDADE DE MEDIDA
KWH

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
217,000000	0,73008000	158,55
		15,20
		6,01
		1,77

Companhia Energética de Pernambuco
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Tum. Pública Municipal
TUMS Subvenção: CNP-FE 073424315-7708/18

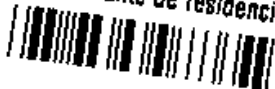
TOTAL DA FATURA
184,53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DE	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
NUMERO	FUNÇÃO		LEITURA	LEITURA	DE			
5034020	CAT	25/06/2018	18.821,00	25/10/2018	19.038,00	30	1,0000	217,00

INFORMAÇÕES DE CONTATO
INFORMAÇÕES DE CONTATO
CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

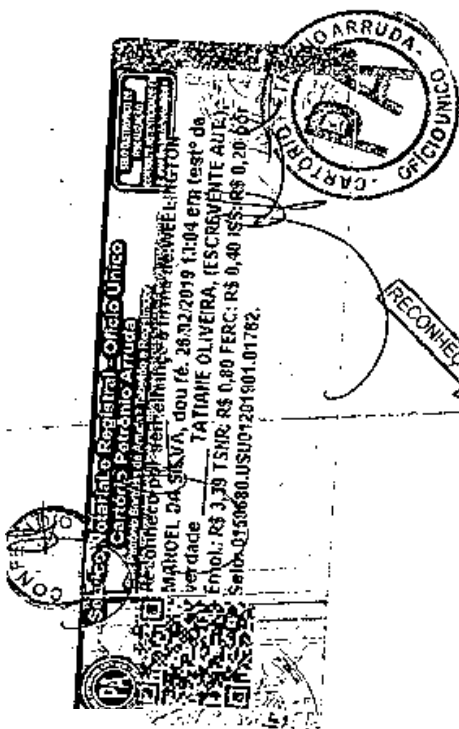
Comprovante de residência



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

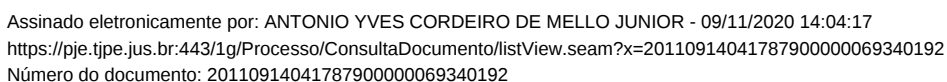
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (o) Fabio Feliciano da Silva portador do RG nº 703899 e CPF nº 064.230.94-16 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), Welligton Manoel Da Silva. ”



Proj. 26 de Fevereiro de 2019

Assinatura do responsável





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



Documentação médica - hospi



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 Azeite

Endereço:

Prescrição:

Algodão 01kg

Tomar 01kg 10/11/18

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

Dr. Carlos Frederico de Miranda Jr.
CRM-PE 20558
Cirurgião 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

Uma mão

Herivelto Alexandre de Souza
Segunda Pessoa da cirurgia
tórax há 2 meses
Necessita Analise e
de consolidação. Poucas
histórias no tórax

C. 20 = 542

24/12/18
Data

Dr. Herivelto Alexandre
Médico Ortopedista
Cirurgia do Ombro e Artroscopia
CRM-PE 15239-8/01, 12489-8/07

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

Regina 13/11, 2018
Localidade e data

Caio Henrique Pitt
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 269783650



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: Waldo Fernando 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 consulta e tratamento.

Dr. Herculito Alexandre

Médico Ortopedista
Cirurgião do Quadril e Artroscopia
CRM-PE 16239 SBO 12499 SBO 712

Assinatura do profissional de saúde e Número do registro de classe

Data: 24/12/18

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
ORDEM DE CHEGADA

os 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: Felício Feliciano da Silva	NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	

Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI
	MAE	Maria de Lourdes Feliciano da Silva

ENDEREÇO: Rua Armando da Costa Brito 19	COMPLEMENTO
--	-------------

BAIRRO: N-S. do O	CIDADE: Ipojuca	UF: PE	TELEFONE: 8918-8789
----------------------	--------------------	-----------	------------------------

ORIENTAÇÃO:

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	PUFIRAS
----------------------	-----------------	-----------------	--------------------	---------

SCORE	SCORE	SCORE	MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐	ISOCÓRICA ☐ ANISOCÓRICA ☐
-------	-------	-------	---	---

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

EXAME FÍSICO:

Paciente vítima de trauma em ombro E
por acidente automobilístico há 1 ch. (m)
Nega dor / inchaço

Rx - fr. cl. de E. y

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

op. síndrome tipo 8
ambliopia

Dr. Carlos Frederico de Almeida
CRM: 26956
RBO: 18712
Ortopedia / 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: Fabio Fulciano da Silva		NASCIMENTO:		IDADE:	SEXO:
ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:		NACIONALIDADE:	COR:
Nº DE IDENTIDADE		FILIAÇÃO		PAI	
ENDEREÇO:		MÃE		COMPLEMENTO	
BAIRRO:		CIDADE:		UF:	TELEFONE:
ORIENTAÇÃO:					
PROCEDÊNCIA:					

CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA:	HORA:	ENFERMEIRO:	COREN:
13.11.18	10:45	Natália Medeiros	
SITUAÇÃO QUEIXA:			

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

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

K2 clavicular descendente
acidente de carro

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

Caio Henrique Pina
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22.516

Apresenta sinal de lesão por
acidente de carro
com fratura consolidada há
2 meses





SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

34 Amarelo

Nº REGISTRO 739.15	EXATIDÃO DO NASCIMENTO 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	MÃE	COMPLEMENTO
			Maria de Lourdes F. da Sil.	
ENDEREÇO:	Rua: Armando da Costa Brito Nº 19			
BAIRRO:	CID-DE:	UF:	TELEFONE:	
N. S. DO S.	Ipojuca	PE		
ORIENTAÇÃO:				

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

CONSULTA DE ENFERMAGEM			
DATA:	HORA:	ENFERMEIRO:	COREN:
02.11.18	00:29		
SITUAÇÃO QUEIXA:			

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

PA: X mmHg	RHS: 1 bpm	FC: 60 bpm	FR: 12 lpm	T: 36 °C
ECO: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS
			MSD ☐ MID ☐	ISOCÓRICAS ☐
ESCORE	ESCORE	ESCORE	MSE ☐ MIE ☐	ANISOCÓRICA ☐
DOR: ☐ SIM ☐ NÃO	SUDORESE: ☐ SIM ☐ NÃO	PALIDEZ ☐ SIM ☐ NÃO		
EXAME FÍSICO:				

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

Centro Hospitalar Carotida Brito
22.08 - R. São João - Ipojuca-PE





**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 Administrativa

Sônia Maria da Silva
Diretora Administrativa



Documentos de Identificacao



RECIBO DE IDENTIFICACAO

FABIO FELICIANO DA SILVA

REC. IDENTIFICACAO (ORG. EMISOR) UF
310042078004-MEX-PE

CPF 064.288.574-17 **DATA NASCIMENTO** 08/03/1984

FILIAÇÃO
MARCEL FELICIANO DA SI
LVA NETO
MARIA DE LOURDES FELIC
IANO DA SILVA

PERMISSOES **VALIDADE** **CAT. RAC.**
0000000000 00000000 22

Nº RECIBO 1683891047 **VALIDACAO** 05/05/2010 **Nº RECIBO** 27/03/2017

ASSINATURA DO TITULAR
Fabio Feliciano da Silva

LOCAL RECIFE, PE **DATA EMISSAO** 05/11/2010

ASSINATURA DO EMISOR
Doutor Anderson Silva Rêgo
Diretor - Pernambuco

ASSINATURA DO EMISOR 09554434920
PERNAMBUCO 27089557484

PROBIBICAO DE REPRODUZIR 1683891047





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



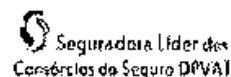
Número
064.280.574-17

Nome
FABIO FELICIANO DA SILVA

Nascimento
08/03/1984



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

VITIMA FABIO TEUCIANO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 09/11/18 POSSUI CPF/SIM? ☒ NÃO Nº CPF 064.280.574-17

PARA VITIMAS 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/hospitais 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/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovante das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos 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 DE 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 TEUCIANO DA SILVA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 064.280.574-17

E-mail: (81) 38418 8989

Data: 08/01/19 Assinatura: Fabio Teuciano da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Acipogua - Se/D

Atendente: DAISON AUCES Matrícula: 8586100

Data: 08/01/19 Assinatura: DAISON 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 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: 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 <u>FABIO FELICIANO DA SILVA</u>	
DATA DO ACIDENTE <u>08/11/18</u> POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF <u>064.280.574-17</u>	
☐ 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 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:	

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 Invalidiz 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 (originals)	
☐ 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)	

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	
Portador da documentação (Nome)	
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: <u>064.280.574-17</u>	
E-mail: <u>064.280.574-17</u>	
Data: <u>08/11/19</u> Assinatura: <u>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</u>	

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	
Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): <u>AC IPATVCA - SE/DE</u>	
Atendente: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u> Matrícula: <u>85086100</u>	
Data: <u>08/11/19</u> Assinatura: <u>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</u>	

689800545

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO FELICIANO DA SILVA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FABIO FELICIANO DA SILVA

ADRIANA DA COSTA SUNDIN

