
Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146882

Vítima: JOELSON FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELSON FELIX 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, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146882

Vítima: JOELSON FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOELSON FELIX DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15714174



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

989.814-554-49

Joelson Felix 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: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

07/02/2020

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0134000418

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2020** às **11:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 21/1/2020 às 11:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, BR 101 PRÓXIMO DA JEEP - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DECONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
BETANIA MARIA DA SILVA (OUTRO)
JOELSON FELIZ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOELSON FELIZ DA SILVA**

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

DECONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

JOELSON FELIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ELIZABETE DE MELO Pai: JOEL FELIX DA SILVA Data de Nascimento: 22/2/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 40, RUA OSVALDO RABELO, FLEXEIRAS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CLUBE MILENIUM**

BETANIA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

DAFRA/SPEED 150 MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BETANIA MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOELSON FELIZ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DAFRA/SPEED 150** Objeto apreendido: **NÃO** Número de Série: **95VCA1H289M033279**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGU2880** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO) Renavam: **986272709** Chassi: **95VCA1H288M033270**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=134&idOc=8281198&iraBO=20E013400041&tipo=singlos&natPrincipal=ACIDENTE DE TRÁNSI... 1/2

07/02/2020

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

NOTICIANTE INFORMA QUE ESTAV CONDUZINDO A REFERIDA MOTOCICLETA NA BR 101, PRÓXIMO DA JEEP, SENTIDO GOIANA, QUANDO UM CAMINHÃO LHE ULTRAPASSOU E RETORNOU REPENTINAMENTE PARA FAIXA DA DIREITA, LHE "TECHANDO", QUE TENTOU DESVIA E CAIU NA CANALETA DO ACOSTAMENTO. QUE O CONDUTOR DO CAMINHÃO NÃO PAROU PARA RESTAR SOCORRO. FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, TENDO FRATURADO O FÊMUR. ASSIM, REGISTRA ESSA OCORRÊNCIA PARA RESGUARDAR SEU DIREITOS

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



JOELSON FELIZ DA SILVA
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: **THIAGO FREIRE ARAÚJO** - Matrícula: **3866246**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

989.814-554-49

Joelson Felix 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: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: 1034 CONTA: 000 248185

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 (vários)? ☐ 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1421344259

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
BETANIA MARIA DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
14/02/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

07/02/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

07/02/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

095739064

CONTA CONTRATO
7009409070

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

LO FREXEIRAS 40 -NOVA
GOIANA/GOIANA -55900-000 GOIANA
PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 90,42

PERÍODO CONSUMO

10/01/2020 a 07/02/2020

CONSUMO

105

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 20,74

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7009409070

MÊS/ANO

02/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 90,42

VENCIMENTO

14/02/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou rasurar.

Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000002 904200110071 009409070100 143970008538



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

DADOS DO CLIENTE: MATRÍCULA: 103668667, Fev/2020
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL 1	PÚBLICA
HIIDROMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 28/01/2020	DATA LEIT. ATUAL 29/02/2020	TIPO DE CONSUMO (AVE) MÉDIA HD	

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

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.934/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
01/2020 01			
12/2019 01			
11/2019 01			
10/2019 01			
09/2019 01			
08/2019 01			
MÉDIA: 01			
TURBIDEZ	48	48	44
COR APARENTE	48	48	34
CLORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	48
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020		2,17

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	108,92	1,65	1,80
ICMS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/03/2020

TOTAL A PAGAR: 111,09

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 131,16. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JOELSON FELIX DA SILVA**,
inscrito (a) no CPF sob o Nº **989.814.554-49**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
JOELSON FELIX DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº **989.814.554-49**,
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 13 de **Abril** de **2020**.

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2020/ET001074 Data e Hora de Atendimento: 21/01/2020 11:57 Prontoário Local: Prontoário Integrado: Local de Entrada: Emergencia Traumatologica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 194179-2 JOELSON FELIX DA SILVA
Nascimento: 22/02/1976 Idade: 43 Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: IT Naturalidade: Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: JOEL FELIX DA SILVA
Filiação: MARIA ELIZABETE DE MELO
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA PROJETADA N 40 Complemento:
Bairro: FLEXEIRAS Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: NT
Acompanhante:
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Procedência: VIA PÚBLICA Meio de Transporte: Carro

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Parêstesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor Local dor no joelho devido queda de moto
() Queixa urinária
() Sangramento. Loc.
() Outras queixas:

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
() Cirurgia
(X) Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros:

Classificação:

Canilla Jennifer Ramalho Chaves
Enfermeira
COREN-250662

Ass. Enfermagem

Antecedentes Mórbridos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolismo () A.V.C
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dl

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA-HBC

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (H/A)

Paciente chegou por conta própria, sem dispositivos de mobilização, com relato de ter sofrido queda de moto qto com um buraco. Usava capacete e não ingeriu bebida alcoólica. Nada machucado, sem feridas ou sangramentos.

Hipótese diagnóstica / conduta

(continue)

Código de Atendimento:

0301060029

CID 10:

João B.

- Vias aéreas permeáveis, sem dor cervical
- Torax s/ alterações à palp, inspeção e ausculta
- sem sinais de hemorragia, abdome plano, indolor, s/ irritação, pubes estavel.
- glóbulos rs, pupilas isocóricas e RFRM+
- Dor limite de movimento em joelho e tornozelo D.

- co: ① Solicito Radiografias de tornozelo e joelho
- ② Transfusão P/ FSTSE, 97.100
- ③ Aplicação de ortopedia
- ④ Alta de cirurgia geral

Dr. Attila Oliveira
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM/PA: 11.491
CRM/PE: 21.970

Evolução Enfermagem

Refato de queda de cama
c/ trauma no joelho dir.
Dor + dor no articular importante
feito artrocentese c/ drenagem
de Hemartrose.
Rx futuro de consolidação lateral
do fêmur D.

col. Transferência P/ TC e
Tala Gessada definitiva
m. T. D.

- Dita livre
- Drenagem 19 + SON 6/6
HMA 5865453

Data	Matrícula
Hora	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Hospital: _____ Senha: _____

Cadastramento: 21/01/2020 11:58:26 EMILIA

Impressão: 21/01/2020 12:02:04 EMILIA

22/01/2020
12:55h. Pac. em observação aguardando testes
feitu, fixando-se de dor em MTD. de dor
nistrado medicação (dipirona) anteriormente
mesmo de



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Unidade de Saúde:

Hospital Regional Belarmino Correia - Goiana/PE

Nome do paciente: JOELSON FELIX DA SILVA

Registro:

Enfermagem:

Leito:

Data Hora

22/01/2020 Paciente em observação, aguardando
08:35h transferência ao H Miguel Arraes
y renha nº 5865453. No momento em
ambulância sem maca e outra que-
lerada. Negar queixas no momento. Se-
que sob cuidados. Cristiane Gomes da Silva
Coren-PE 127.969-ENF

22/01/2020 Usuário acompanhado de Betânia Maria
da Silva (acompanheira). Aguardando transferência
para HMA pois a ambulância está sem maca.

Cristiane Silva
Assistente Social
CRESS 11409-4ª Região/PE

12:15h. Pac. deixando-se do dor em MID.
Administração medicação (dipirona)
Anteriormente possível.

23:30h - Paciente refere dor em MID, medica-
do conforme prescrição anterior. Aguardando trans-
ferência p/ o HMA. P.A. 120 x 80 mmHg. Joanna
645306

06:00 P.A. 120 x 10 mmHg

23/01/2020 Paciente queixa-se de dor em MID. Administrado
08h30 dipirona, conforme prescrição médica.

Adriana E. Cosme
Téc. em Enfermagem
COREN 013.425

23/01/2020 Continuação de acompanhamento
12:00 de Srta. Belgria, 16ª de Silva (esposa), cu,

Lucimar Ferreira da Cruz
HROG - GERENTE DO SETOR
CRESS 11851002



XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Saída - 12:50h

Guia de Esclarecimento

Paciente:

HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIÂNIA

REGIÃO : XII GERES

Sexo:

M

Estado Civil:

Profissão:

horas do dia,

de

de

Atividade atual:

Profissão:

Idade:

do

do dia,

de

e 20

Ass. Médica e observação clínica por

horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

Ass. Médico - CRM, Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

Carimbo do Hospital Regional de Saúde - XII GERES

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/01/2020 14:36



Nome Paciente: JOELSON FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 22/02/1976
Sexo: Masculino
Idade: 43 anos
Senha: 0024
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/01/2020 14:54 - 23/01/2020 14:58

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL BELARMINO CORREIA, COM HISTÓRIA DE FRATURA EM MID, APÓS QUEDA DE MOTO. SENHA 5866765

Observação:

NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 57.00 BPM
- GLICOSE: 97.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 108.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 73.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %
- TEMPERATURA(C): 35.70 °C

REVISADO
HPI-HMA

FATURADO
06/02/2020
Ana Pimenta

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()

Local:
Claudia Patricia da Silva
Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/01/2020 14:58



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 514060

Data e Hora: 23/01/2020 15:03

Senha da Classificação:

Paciente: 133579 JOELSON FELIX DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/02/1976

Idade: 43 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA ELIZABETE DE OLIVEIRA MELO

Nome do Pai: JOEL FELIX DA SILVA

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: AVENIDA GOIANA

-- RUA PROJETADA 40

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: ANACOS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

PACIENTE VINDO DE ACIDENTE MOTORVEICULAR NA AVENIDA TEJUCOPAPO, ENCAMINHADO AO H. BELARMINO LONDEIRA, ACIDENTADO EM UM VEICULO DIRIGIDO.

Exame Físico

ACB, LORE, ORELHAS, ARTERIA

EXEMA 2x14x EM UMBILICO @. PULSO-EXTENSÃO INDEBILITADA. PULSO TÓRACICO, PULSO ABDOMINAL E PULSO MEMBROS. SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

NEGA CONDIÇÕES E ALERGICAS.

Hipótese Diagnóstica

FRATURA DE CÔRNO FEMORAL VERTICAL @.

Prescrição Médica

1. SÓLITO I.L.

2. DIFENAMOL 500mg + AD. 6/6h

CELEBREX 400mg + F.O. 9h, 12h, 15h, 18h, 21h, 24h

RETA EMAL LVA.

Guilherme B. A. Almeida
CRM-PE 77.719

AS ATEND: ACIDENTADO EM UM VEICULO DIRIGIDO, QUE, POR SE TRATAR DE ACIDENTE MOTORVEICULAR, ENCAMINHADO AO H. BELARMINO LONDEIRA, ACIDENTADO EM UM VEICULO DIRIGIDO.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

MEMOR EXAME FÍSICO APÓS REALIZAÇÃO DE EXAME "Senha: _____"

ACIDENTADO EM UM VEICULO DIRIGIDO, QUE, POR SE TRATAR DE ACIDENTE MOTORVEICULAR, ENCAMINHADO AO H. BELARMINO LONDEIRA, ACIDENTADO EM UM VEICULO DIRIGIDO.

- ACIDENTADO EM UM VEICULO DIRIGIDO

- ACIDENTADO EM UM VEICULO DIRIGIDO

Guilherme B. A. Almeida
CRM-PE 77.719

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 514060 Prontuário: 133579 SAME: 120162 Hora Atend: 15:03 Data Atend:23/01/2020
Paciente..... : JOELSON FELIX DA SILVA Idade: 43 a
Endereço..... : AVENIDA GOIANA
Bairro..... : TEJUCOPAPO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 23/01/2020 Hora Saída : 18:49

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

João Felipe da Silva

Registro:

133579

Clínica:

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora

30/04/2020 Pôr do sol em fratura condilo
bênico lateral joelho D
anterior? data 23/04/2020.

Cd: lesão TAC joelho
D de urgência.

Em Tempo:

77 TAC evidencia fratura articular
com deslocamento anterior 10mm + cominuição
sem desvio.

Cd: lesão joelho p- externo
joelho D + retorno com
30 dias p- M-X um grau +
nada + NAO PISAR!

João Pedroza Ferreira
Ortopedia Traumatologia
CRM 12419
Médico

João Pedroza Ferreira
Ortopedia Traumatologia
CRM 12419
Médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1420675356

NOME JOELSON FELIX DA SILVA		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 4934246 SDS PE		
CPF 989.814.554-49	DATA NASCIMENTO 22/02/1976	
FILIAÇÃO JOEL FELIX DA SILVA MARIA ELIZABETE DE MELO		
PERMISSÃO 04	ACC 00	CAT. HAB. AD
Nº REGISTRO 04105218147	VALIDADE 09/01/2022	1ª HABILITAÇÃO 24/05/2007

OBSERVAÇÕES CETPP EAR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1420675356

ASSINATURA DO PORTADOR <i>Joelson Felix da Silva</i>	
LOCAL CABO - PE	DATA EMISSÃO 10/01/2017
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Charles Anderson Sousa Ribeiro</i> Charles Anderson Sousa Ribeiro 90754075779 PE076803155	
PERNAMBUCO	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-3

 

Rossana Lígia Fernandes Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

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

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

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

CPF 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 014801347360

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	988272709	*****	2019

NOME
BETANIA MARIA DA SILVA

GOIANA-PE

CPF / CNPJ
009.845.374-22

PLACA
KGU2550

PLACA ANT. / UF
******* / PE**

CHASSI
95VCA1B289M033279

ESPECIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
DAFRA/SPEED 150

ANO FAB. ANO MOD.
2008 2009

CAP. / POT. / CIL.
2P/150CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

FAIXA I.P.V.A.
1

PARCELAMENTO / COTAS

VENC. / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	25/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

GOIANA

ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLES
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DATA
24/02/19

CONTRAN

CS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146882 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON FELIX DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CONDILO FEMURAL LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/8_EVOLUÇÃO MÉDICA.
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO QUE, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, E APRESENTAR AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114390/20

Vítima: JOELSON FELIX DA SILVA

CPF: 989.814.554-49

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 21/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON FELIX DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JOELSON FELIX DA SILVA : 989.814.554-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/04/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JOELSON FELIX DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUX. SERVIÇOS
Identidade: 4934246 SDS/PE CPF: 989.814-554-49
Endereço: RUA OSUALDO RABELO N.º 40, FLOREBRAS,
GOIANA/PE. CEP. 55.900-000

PROCURADOR(A):

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 21/01/2020, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Goiana/PE 07/02/2020
Local e data



Joelson Felix da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

 **Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício | Cartório Maria Helena**
Rua Dr. Manoel Rocha nº 122, Jooz/Faz. (17) 3620-0731 - (41) 3620-2177 Goiana - PE - e-mail: mariahelena@cartorio2ooficio.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOELSON FELIX DA SILVA. Dou fé
Goiana, 07/02/2020. Em test. Helena da verdade. A tabeliã
Fernanda F. Silva
Emol. R\$ 3,71; TSNR R\$ 0,82; FERC R\$ 0,41; FERM R\$ 0,04;
FUNSEG R\$ 0,08. Selo: 0077628 PZA01202002 00844. Consulte a
Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Fernanda Francisca da Silva
Escrevente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114390/20

Vítima: JOELSON FELIX DA SILVA

CPF: 989.814.554-49

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 21/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON FELIX DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

JOELSON FELIX DA SILVA : 989.814.554-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/04/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Marta Marinho dos Santos