



Número: **0071460-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOELSON FLIX DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72622640	16/12/2020 13:07	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, 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,

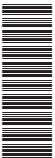
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15708370

Pag. 01971/01972 - carta_01 - INVALIDEZ

00010986





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, 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

Pag. 00919/00920 - carta_07 - INVALIDEZ



Carta nº 15714174





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:

989.814.554-49

4 - Nome completo da vítima:

Joelson Felix da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

JOELSON FELIX DA SILVA

6 - CPF:

989.814.554-49

7 - Profissão:

AUXILIAR SERVIÇOS

8 - Endereço:

RUA OSVALDO RABELO

9 - Número:

40

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

FLEIXEIRAS

12 - Cidade:

GOMANA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.900-000

15 - E-mail:

balbinozpe@hotmail.com (81)999441109

16 - Tel.(DDD):

(31)3538-0068

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:



RECLUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)



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



Banco do Brasil (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 nascer/vivace?



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 roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/o 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)

FPS.001 V002/2019



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 - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **24/1/2020** às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO 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: **NÃO 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: **MUNICÍPIO 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: **KGU2850** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **986272709** Chassi: **95VCA1H288N033270**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=134&idOc=8281198&nroBO=26E0134000418&tipo=singlas&natPrincipal=ACIDENTE DE TRÂNSL... 1/2

07/02/2020

Secretaria de Defesa Social - INPOPOL

NOTIFICANTE 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:

989.814.554-49

4 - Nome completo da vítima:

Joelson Felix da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

JOELSON FELIX DA SILVA

6 - CPF:

989.814.554-49

7 - Profissão:

AUXILIAR SERVIÇOS

8 - Endereço:

RUA OSVALDO RABELO

9 - Número:

40

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

FLEIXEIRAS

12 - Cidade:

GOMARA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.900-000

15 - E-mail:

balbinozpe@hotmail.com (81)909441109

16 - Tel.(DDD):

(31)3538-0068

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:



RECLUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)



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



Banco do Brasil (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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascer/vai nascer?



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 roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Abreu e Lima PE 13/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 10.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidora 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

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 leitura ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838200000002 904200110071 009409070100 143970008538



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 Fev/2020
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	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	1	
HIODROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A175224252	28/01/2020	29/02/2020	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 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.	
TURBIDEZ	48	48	44	
COR APARENTE	48	48	34	
CLORO RESIDUAL	48	48	48	
COLIF. TOTAIS	48	48	48	
E. COLI	48	48	48	
MÉDIA:	01			

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

IMPOSTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
Imp. de Trans.	108,92	1,65	1,80
Imp. de Trans.	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 NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

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 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 194179-2 JOELSON FELIX DA SILVA Registro SUS: 702504341042730
Nascimento: 22/02/1976 Idade: 43 Sexo: Masculino Cor: Parda
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 ☐
prox. a jeep
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 () Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor Local dor no peito devido queda de moto
() Queixa urinária
() Sangramento. Loc.
() Outras queixas:

Encaminhamentos

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

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

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

Classificação:

Canilla Jennifer Rabelho Chaves
Enfermeira
COREN-250662

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dl

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA-HBC

Ass. Enfermagem

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 ao cair num buraco. Usava capacete e não ingeriu bebida alcoólica. Não houve ferimentos ou sangramentos.

Exame Físico: Peso kg

Hipótese diagnóstica / conduta

(continue)

Código de Atendimento:

0301060029

CID 10:

João D.

Continuação ...

- Vires aeruos periculis, sem dor cervical
- Torax s/ alterações à palp, inspeção e ausculta
- sem sinais de hemorragia, abdome plano, n. dolor, s/ irritação, pulso estável.
- Glasgow 15, pupilas reativas e RRM+
- Dor limit. de movimento em joelho e tornozelo D.

co: ① Solicito Radiografias de tornozelo e joelho
② Transfusão P/FATSE, 97.100
③ Aplicação de ortopedia
④ Alta de Carga Geral

Dr. Atílio Oliveira
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM/PA: 11.451
CRM/PE: 21.970

Evolução Enfermagem

Refato ale queda de peso
c/ trauma no joelho dir.
Por + 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.

Data:	Matrícula:
Hora:	
Residência:	
Internação:	
Óbito:	
Transferência:	

- Ditta livre
- Dispersos 13 + SDN 6/6/18/18/18/18
HMA 5865 453

Médico - CRM

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

Impressão: 21/01/2020 12:02:04 EMILIA

22/01/2020
12:35h. Pac. em observação aguardando testes
fisiológicos, deixando-se de dar em M.T.D. de
instrução medicamentosa (diapirina) anteriormente
recebida.



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Unidade de Saúde:

Hospital Regional Belarmino Correia - Goiana/PE

Nome do paciente: JOELSON FÉLIX DA SILVA

Registro:

Enfermaria:

Leito:

Data	Hora	
22/01/2020	08:35h	Paciente em observação, aguardando transferência ao H. Miguel Arraes e senha nº 5865453. No momento em balneário sem maca e outra quebra-quebra. Negou queixas no momento de que sob cuidados.

Cristiane Gomes da Silva
Coren-PE 127.969-ENF

22/01/2020 Usário acompanhado de Patrícia Maria da Silva (acompanhadora). Aguardando transferência para HMA, pois a ambulância está sem maca.

Jessica Silva
Enfermeira Soraia
CRESS 11400/4ª Região/PE

12:15h. Pac. deixando-se do dor em MID. Administrado medicamento (dipirona) anteriormente prescrito.

23:30h + Paciente refere dor em MID, medicado conforme prescrição anterior. Aguarda transferência p/ o HMA. PA: 120 x 80 mmHg. glicemia 645/206

06:00 PA: 120 x 100 mmHg
23/01/2020 Paciente queixou-se de dor em MID. Administrado dipirona, conforme prescrição médica.

Adriana Kely E. Cosme
Téc. em Radiologia
COREN 018.425

23/01/2020 12:00 Continuas dores com o acompanhamento de Sra. Belgria M^{te} de Silva (esposa), cu, MIO.

THIAGO GERENTE DO SETOR
LUCIANA FERREIRA DA CRUZ
CRESS 1185/002





XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Guia de Esclarecimento

Sauda - 12:50h

Ass. Saúde:

HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIÂNIA

REGIÃO: XII GERES

Sexo:

M

Cor:

Estado Civil:

Profissão:

horas do dia, de

Atividade atual:

Profissão:

a (o):

do dia, de

e 20

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

horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

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

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

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:

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

REVISTADO
NEPI-HMA

FATURADO
06/01/2020
Ana Pimenta

IMA - 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 514060
Senha da Classificação:
Data e Hora: 23/01/2020 15:03

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 AGENTE MODULISTO NA CLINICA TEJUCOPAPO, ENCAMINHADO DO
 V. DEPARTAMENTO GERAL, REFERINDO DO EM URGENTE DOR.

NELA CONDIÇÕES E ATENDIMENTO.

Exame Físico

A.P., L.O., E.P., A.P., A.P.,
 EXAME 2x14x em URGENTE (D). PULSO - EXTENSÃO INDETERMINADA. PULSO 100/120,
 PRESSÃO 120/80 e 80/60 mmHg. SEM SINAIS DE SÍNDROME CONVULSIVA.

Hipótese Diagnóstico

FRATURA DE CÔRDO VERTEBRAL LATERAL (D).

Prescrição Médica

1. EXAMINAR IL.

2. DIZONA Ag + AD. 6/6h

GEDROFENO 100mg + IF 0,9% 100mg, 1x, 12/12h.
 ADELA 500mg 1x.

Assinatura e Carimbo/Médico
 CRM-PE 23719

AS ATEND: DIZONADO COM DO FIBRO LIG. QUE, POR SE TRATAR DE RESPOSTA
 ERMANIPULADA SEM RETORNO, ORIENTA ALTA COM
 PARA VACINAÇÃO E ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

NEMOR EXAME RIGOR APÓS REDUÇÃO
 RE EXTERNA. Senha: _____

HCO: - QUEIXA LINGUA BERO, AMALGAMIA, LINGUAGEM E EXAMENHO DO M.D.

- ATENDIMENTO EM 1 SEMANA AO AMBULATORIO

- ALTA HOSPITALAR.

Assinatura e Carimbo/Médico
 CRM-PE 23719



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..... : TEJUCO PAPO
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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jelson Felix da Silva Registro: 133579
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
30/11/2020	Paciente em fratura condilo humeral lateral direito anterior? Data 25/11/2020. Cat: Selação TAC. olho (D) de urgência.
	Em Tempo:
	TAC evidencia fratura articular com deslocamento articular 1,0mm + cominuição sem desloc.
	Cat: lesão glenohumeral em extensão glenohumeral (D) + Altermo com 30 dias p/ A-X um grau + nudo + NÃO PISAR!

Julian Pedrosa Ferreira
Médico Traumatologista
CRM 12519
Méd. 24.11.2020

Julian Pedrosa Ferreira
Médico Traumatologista
CRM 12519
Méd. 24.11.2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CATERIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
JOELSON FELIX DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4934246 SDS PE

CPF
989.614.554-49

DATA NASCIMENTO
22/02/1976

FILIAÇÃO
JOEL FELIX DA SILVA
MARIA ELIZABETE DE MELO

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AD

N° REGISTRO
04105218147

VALIDADE
09/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
24/05/2007

OBSERVAÇÕES
CETPP
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR
Joel Felix da Silva

LOCAL
CABO - PE

DATA EMISSÃO
10/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Anderson Souza Ribeiro
 Charles Anderson Souza Ribeiro
 Diretor Presidente

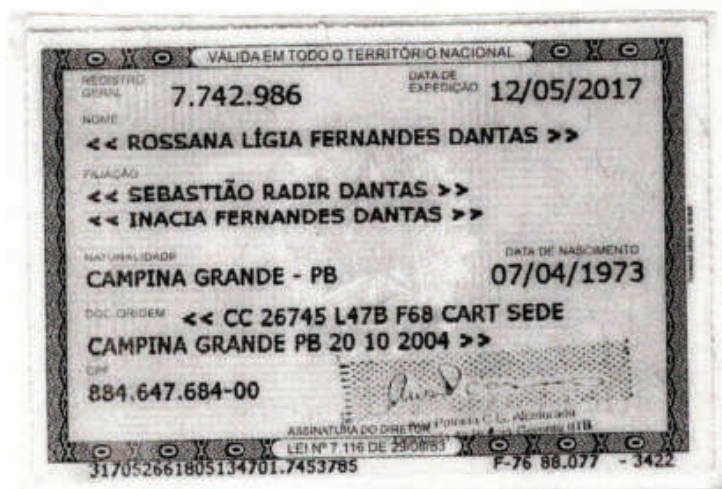
90754075779
 PSE076803155

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1420675356

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1420675356





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

95VCA1H289M033279

ESPECIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

DAFRA/SPEED 150

ANO FAB.

2008

ANO MOD.

2009

CAP. / POT. / CIL

2P/150CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80.11

IOF (R\$)

0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

25/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE IDENTIFICATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

GOIANA

LOCAL

DATA

24/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

CS

Scann

Levant. Caus. & Sina



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

Data do acidente: 21/01/2020

CPF: 989.814.554-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON FELIX DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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 OSVALDO RABELO N.º 40, FLORESTAS,
GOIANA/PE. CEP. 55.900-000

PROCURADOR(A):

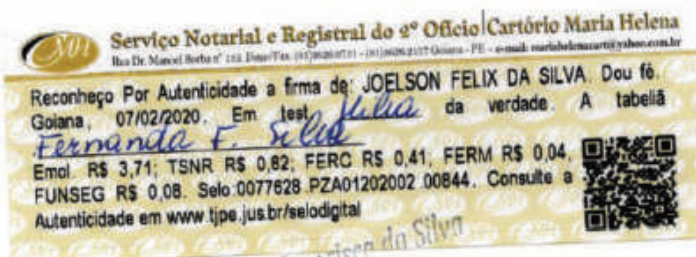
Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

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 epígrafe 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)



Fernanda Francisca da Silva
Escrevente



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114390/20

Vítima: JOELSON FELIX DA SILVA

Data do acidente: 21/01/2020

CPF: 989.814.554-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON FELIX DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

