
Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180268235

Vitima: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180268235**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSELIA FELISMINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180268235**

Vitima: **JOSELIA FELISMINO DA SILVA**

Data do Acidente: **03/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180268235**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível
- Comprovação de ato declaratório infor.
incorrectas
- Laudo do IML - Lesões corporais faltando
página

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

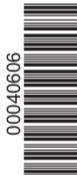
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180268235

Vítima: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSELIA FELISMINO 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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

360.210.924-49

Nome completo da vítima

Joséia Felisimino da SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSÉIA FELISIMINO DA SILVA	CPF titular da conta 360.210.924-49	Profissão DESEMBRUGADA
Endereço R. CURAC. JOSÉ MIRANTE SERRANO	Número 034	Complemento
Bairro VALARTINA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PARAIBA
Email	CEP 58068-110	
Telefone (DDD) (83) 98128-2541		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.
3635-7 DV
CONTA
NRO.
64.405-6 DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA
NRO. _____ DV _____ CONTA
NRO. _____ DV _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Joséia Felisimino _____ de maio de 2018
 Local e Data

RECEBIDO

12 JUL 2018

Joséia Felisimino da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

GRUPO SEGURADOR
BRMAPRE





CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL INSTITUCIONAL
COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA OSVALDO PEREIRA SILVA - Tabelião, em 13/03/2018 10:38:14
Email: R\$2,37 FEPJ R\$0,12 FARFEN:R\$0,40 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AGP82493-ZDM Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Foto: 03/03/2017
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUINTS CIRCUITO - JARDIM SÃO PAULO - DP 012 CIRC
016/04/08 REC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0102001594

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/05/2017 às 11:50

Complemento e S.O. Número:
17E0102001220

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpo (Consumado) que aconteceu no dia 09/05/2017 às 23:00

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE JARDIM SÃO PAULO (BAIRRO), 1, BR 101 - PRÓX A SEABA SENTIDO JABOTABÉ - Bairro: JARDIM SÃO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:
CONDUTOR DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA (MOTOCYCLISTA)
JOEL DA SILVA (OUTRO)

JOSELIN FELISSIONO DA SILVA (VITIMA) (VITIMA)

JoséLia

O(a)s envolvida(s) na ocorrência:
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) tr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO
VEICULO: (Motocicleta), que estava em posse do(s) tr(a): JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA

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

JOSELIN FELISSIONO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mae: JOSEFA BORGES DA SILVA Pôr: JOAO FELISSIONO DA SILVA Data de Nascimento: 27/12/1971 Naturalidade: NÃO INFORMADO /PERNAMBUCO /BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA, 1, RUA MARIA DA GLORIA V D PINTO, 143 - VALENTINA - JOAO PESSOA - CEP: 58000-000 - Bairro: CENTRO - JOAO PESSOA/PARAIBA/BRASIL

JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mae: MARIA DO SOCORRO MARTINS FERREIRA Data de Nascimento: 10/5/1970 Naturalidade: NÃO INFORMADO /PERNAMBUCO /BRASIL

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

JOEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Naturalidade: NÃO INFORMADO /PERNAMBUCO /BRASIL

<http://www.policia.civil.infope.com.br/OEPreview.html>



Qualificação da(s) objeto(s) envolvida(s)

AUTOMÓVEL PLACA MNH8977 (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sra(a) JOSÉ ROBERTO MARTINS FERREIRA

Categoria/Modelo: AUTOMÓVEL/MONTANA Objeto apreendido: Não

Cor VERMELHA - Quantidade: 0 (RAMA)

Placa: MNH8977 (PARAIBA/NAO INFORMADO)

CAMINHÃO (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sr(a) CONDUTOR DESCONHECIDO, que esteja em posse da(s) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO

Categoria/Modelo: CAMINHÃO/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: DEB1848 (RIO GRANDE DO NORTE/NAO INFORMADO)

Ocorrência / Observação

COMPRESEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SR JOSE ROBERTO (ACIMA QUALIFICADO) RELATANDO QUE E MÂNHO
DO RIO, DURANTE AQUELA NOITE (DATA DESCONHECIDA), E QUE NA DATA E LOCAL INFORMADOS, PARECE HAVER ACIDENTE ENTRE
DA RODOVIA BR-101 PARA EFETUAR TROCA DE PINO NO VEÍCULO MONTANA PLACA MNH8977, E MESMO LOCALIZANDO O
LOCAL DE ACIDENTE COM O TRIÂNGULO, O CAMINHÃO PLACA DEB1848 COLIDIU NO VEÍCULO MONTANA, E ESTE ULTIMO
COLIDIU EM SUA ESPERA, JOSÉLIA, A QUAL FOI ARREMESSADA POR UMA S METROS EM VIRTUDE DO ACIDENTE, TENDO
SOFRIDO LESÕES E SIDO SOCORRIDA PELO PRÓPRIO MARIDO NO VEÍCULO MONTANA PARA A UPA DOS TORNOS, E EM
SEGUINTE TRANSFERIDA DE AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. INFORMA AINDA A VÍTIMA QUE O
CONDUTOR DO CAMINHÃO NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, E QUE DIAS APÓS QUANDO FOI NA CEREA PROCURAR
PELO CAMINHÃO E O ACHOU, FOI TRATADO MAL PELO CONDUTOR DO MESMO, O QUAL QUERIA BRIGAR. POR FIM,
INFORMA ESTE POLICIAL QUE A VÍTIMA JOSÉLIA FELÍSSIMO NÃO COMPARCEU NA DELEGACIA DURANTE A LAVRATURA
DO PRESENTE DOCUMENTO, SEGUNDO SEU MARIDO (NOTICIANTE) POR ESTAR AINDA CIRURGIADA E REPOUSANDO NO
ESTADO DA PARAIBA, ONDE FICA A RESIDÊNCIA DO CASAL, PORÉM, SEU MARIDO TROUXE PARA A DELEGACIA OS
DOCUMENTOS RELATIVOS A INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE SUA ESPOSA, SEM COMO SEUS DOCUMENTOS ORIGINAIS AC.,
CPF, CARTÃO DO SUS E TÍTULO DE ELEITOR. SEM MAIS.

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

José Roberto Martins Ferreira
JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: DOMÍCIO MUNIZ - 12º DELEGACIA MUNICIPAL - Matrícula: 350060-1



https://127.0.0.1:7000/serv/Policia_civil/11.htm?l=1&nm=1&CEPview.htm

RECEBIDO

12 JUN. 2018

09/05/2017

GRUPO SIGURADOR

BBMAGPRE 09/05/2017

1 de 2

02/08/2018 13:45



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 012ª CIRCUNSCRICAO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0102001594

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/05/2017** às **11:50**

Complements o BO Número: 17E0102001293

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 3/3/2017 às 23:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM SÃO PAULO (BAIRRO), 1,
BR 101 - PRÓX A CEASA SENTIDO JASOATÃO - Bairro JARDIM SÃO
PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**CONDUTOR DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA (NOTICIANTE)
JOEL DA SILVA (OUTRO)
JOSELIA FELISSIMO DA SILVA (VITIMA)**

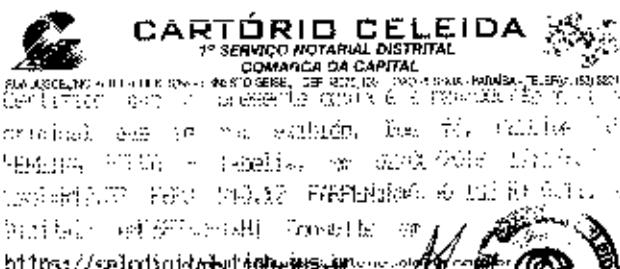
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR
DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE
ROBERTO MARTINS FERREIRA**

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

**JOSELIA FELISSIMO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
JOSEFA SOARES DA SILVA Pai: JOAO FELISSIMO DA SILVA Data de Nascimento:
27/12/1971 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA, 1, RUA MARIA DA GLORIA V D
PINTO, 143 - VALENTINA - JOÃO PESSOA - CEP: 58000-000 - Bairro: CENTRO - JOAO
PESSOA/PARAIBA/BRASIL**

**JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino
MáRIA DO SOCORRO MARTINS FERREIRA Data de Nascimento: 08/01/1970
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



16/07/2018

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

JOEL BA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

AUTOMÓVEL PLACA MNH9977 (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): JOEL DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(a): JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/MONTANA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (IGRAMA)**

Place: **MNH 6977** (PARAIBA/NAO INFORMADO)

CAMINHÃO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:
Não
Quantidade: **(UM/UMA/NÃO INFORMADA)**

Placa: **QBB1948** (RIO GRANDE DO NORTE/NÃO INFORMADO)

Complements / Observações

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SR JOSE ROBERTO (ACIMA QUALIFICADO) RELATANDO QUE É MARIDO DA SRA JOSELIA FELÍSSIMO (ACIMA QUALIFICADA), E QUE NA DATA E LOCAL INFORMADOS, PAROU NO AGOSTAMENTO DA RODOVIA BR-161 PARA EFETUAR TROCA DE PNEU NO VEÍCULO MONTANA PLACA MNH 6877, E MESMO LOCALIZANDO O LOCAL DE ACIDENTE COM O TRIÂNGULO, O CAMINHÃO PLACA DEB 1848 COLIDIU NO VEÍCULO MONTANA, E ESTE ÚLTIMO COLIDIU EM SUA ESPOSA JOSÉLIA, A QUAL FOI ARREMESSADA POR UMA E METROS EM VIRTUDE DO ACIDENTE, TENDO SOFRIDO LESÕES E SIDO SOCORRIDA PELO PRÓPRIO MARIDO NO VEÍCULO MONTANA PARA A UPA DOS TORRÕES, E EM SEGUIDA TRANSFERIDA DE AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. INFORMA AINDA A VÍTIMA QUE O CONDUTOR DO CAMINHÃO NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, E QUE DIAS APÓS QUANDO FOI NA GEASA PROCURAR PELO CAMINHÃO E O ACHOU, FOI TRATADO MAL PELO CONDUTOR DO MESMO, O QUAL QUERIA BRIGAR. POR FIM, INFORMA ESTE POLICIAL QUE A VÍTIMA JOSÉLIA FELÍSSIMO NÃO COMPARECEU NA DELEGACIA DURANTE A LAVRATURA DO PRESENTE DOCUMENTO, SEGUNDO SEU MARIDO (NOTICIANTE), POR ESTAR AINDA CIRURGIADA E REPOUSANDO NO ESTADO DA PARAÍBA, ONDE FICA A RESIDÊNCIA DO CASAL, PORÉM, SEU MARIDO TROUXE PARA A DELEGACIA OS DOCUMENTOS RELATIVOS A INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE SUA ESPOSA, BEM COMO SEUS DOCUMENTOS ORIGINAIS RG, CPF, CARTÃO DO SUS E TÍTULO DE ELEITOR, SEM MAIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) à audiência policial

**JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA
(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **DOMICIO MANOEL MARTINIANO PEREIRA** - Matrícula:
388850-1



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

<https://selodigital.ufpb.br/orcamento/cursos>



FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 775729/2017.

NOME: JOSELIA FELISMINO DA SILVA.

Foi atendido às 01h51 do dia 03.03.2017.

Diagnóstico provável: TCC - fratura afundamento de crânio em região frontal com lesão meningocefálica inferior de ferida operatória + fissura da LCR (víctima de atropelamento)

Tratamento realizado:

Trat cavitario para afundamento craniaco
com lesão meningoventricular em 03-03-2017
Trat cavitário de fistula lúgerica + desbridamento
lúgerico de fo + sinusectomia fronto-
etmoidal externa + derivações bonyas externe
em 27-03-2017

Obs. Exames coimprę anatomes
Trat. de suposta clínica: Antidiárticos

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 12-06-2017.

Alfa em 04-04-2017

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

A.v. Asamemor Mauabbaes S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fax: 31815451/31815512

RECEBIDO

政治小史

CARTÓRIO CELEIDA
1º SEU VOTO NA JUSTA DESTINADA
COMARCA DA CARTÓRIA
Certifico que o "presente cópia" é a reprodução
original que me foi exibido, Dto. fl. 001.
MENEIRA SILVA - Tableta, em 13/03/2018 10:33
Esel-PMZ, 37 FEP1 000.12 Fazenda: R\$0,40 TSS RE 0
digital - AB/2018-001 Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

16/10/2018 11:35:54
ASL-0208835/18
raissa.gomes.6233
16/10/2018 11:35:54
ASL-0208835/18
raissa.gomes.6233
FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 775729/2017.

NOME: JOSELIA FELISMINO DA SILVA.

Foi atendido às 01h51 do dia 03.03.2017.

Diagnóstico provável: TCE - fratura afundamento de crânio em região frontal com lesão meningocefálica infecção de ferida operatória + fistula de LCR (víctime de atropelamento)

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico para afundamento crâniano em lesão meningocefálica em 03.03.2017
Trat. cirúrgico de fistula lúgurica + desbridamento limpo de FO + sinusectomia fronto-etmoidal externa + derivação lombária externa em 27.03.2017

Obs. Exames complementares

Trat. de suporte clínico - Antibióticos

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Alta em 04.04.2017

Cópia de Prontuário Médico em 12.06.2017.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico da SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

CARTÓRIO CELEIDA

1º SEGURO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Optimico que a presente cópia é a reprodução fidedigna do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COISMO PEREIRA SILVA - Tabelia, em 13/03/2018 10:38:07
Enol-R\$2,37 FERJ R\$0,12 FAPP/R\$0,40 ISS R\$ 0,11. Salvo
Digital- ACP62492-DEFM Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO CELEIDA
TJ-PB

JOSÉFA FREIRE DE FIGUEIREDO
RUA DOMÉRC JOSE MIRONOZO SERRANO, 290 - VALIMTRIA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58063-116 (AvG 1)

Emissão: 17/04/2010 Referência: Alm/2010
Classe/Baliza: R\$800,00/CL / BAIXA RENDA MONOPÓLIO
Rota: 8-5-532-5840 M°/medidor 99999973193

energisa
ENERGISA PARA SUL - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
E-mail: Custo Residencial: Joice Peixoto / PB - CEP 58071-480
CNPJ: 00.065.193/0001-40 - Insc. Fed: 18.271.000-0001
Mais Possibilidades de Energia Elétrica na PB! 110.000
CNPJ: 00.065.193/0001-40

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNP/ RANI
Abr / 2018	17/04/2018	17/05/2018	51856778487 verificada

UC (Unidade Consumidora):

5/410528-4

Canal de contacto

Declaração de Quatação Anual de Débitos
Conforme previsto no Lur 12.007 de 26 de julho de 2000,
informamos à aquisição das obrigações referentes aos faturamento regulares de energia elétrica desta unidade
consumidor vereador no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a competição ao
comprimento das obrigações de consumo, as qualificações dos faturamentos mensais das obrigações de con-

a que se refere, e dos anos anteriores. Tanto isso é de Energia Elétrica - TSME foi criada pela Lei nº 15.428, de 28 de junho de 2002.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Lerato	Data	Lerato							
16/03/19	1680	13/04/19	1056	1		239		32		
Representativo										
CG	Descrição	Quantidade	Tarifa	Vlr. Bas. Cdr.	Vlr. Tér. Habil.	Vlr. Bas. Cdr. Padrão	Vlr. Cdr. Padrão			
			Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Padrao(R\$)	(JLR)(%)			
08001	Consumo 602 220V/H-BR	28.920	0,249773	7,49	7,49	21	320	7,49	0,07	320
08001	Consumo - 31 a 180MV-H-BR	78.920	0,426178	29,27	29,27	21	8,08	29,27	0,27	136
08001	Consumo - 101 e 220V/H-BR	126.920	0,642255	71,07	71,07	21	20,88	71,07	0,11	326
08001	Consumo acima de 220V/H-BR	8.200	0,711805	5,70	5,70	21	1,94	5,70	0,05	134
08112	SUBS-00			45,92	45,92	21	12,48	45,92	0,42	134
LANÇAMENTOS E DESVALORES										
08007	CONTRIB SERV LILN PÚBLICA			5,41	5,41	0	0,05	5,41	0,00	5,40
08008	JUROS DE MORA 03/2018			1,14	1,14	0	0,05	1,14	0,05	210
08005	MULTA CG0318			2,74	2,74	0	0,05	2,74	0,05	210
08005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018			9,92	9,92	0	0,05	9,92	0,05	180
08003	SEMI-SEGURO - ACE / ASSURANT 04/2018			8,72	8,72	0	0,05	8,72	0,05	230
08005	Desoneração das Bases			0,17	0,17	0	0,05	0,17	0,05	130

C22 - Códigos de Classificação dos Bens TOTAL 186.01 186.15 44.58 186.15 152 7.31

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
147 24/04/2018 R\$ 151.01

Histórico de Consumo (kWh)											
2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Mês 12	Mês 11	Mês 10	Mês 9	Mês 8	Mês 7	Mês 6	Mês 5	Mês 4	Mês 3	Mês 2	Mês 1

Indicadores de Qualidade			2016 - Período	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DCI LIGADAS	1,20	NORMAL		
DCI TRANSTRIBAL	10,62			
DCI ANUAL	21,25			
ITC MENSAL	2,95	8,80	CONTROLE LIMITE INFERIOR	
ITC TRIMESTRAL	8,80		LIMITE SUPERIOR	
PIACAR	10,00			
PIACAR	1,20			
PIACAR	10,00			
			Total	151,81
			Valor (R\$)	100,00

Faturas em atraso

RECEIVED

Rutering 19-5-522-6540
Matrikelnr. 410639-2010-04-0

VIENCIMIENTO
24/04/2019

TOTAL A PAGAR

SEGURADOR





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 775729/2017.

NOME: JOSELIA FELISMINO DA SILVA.

Foi atendido às 01h51 do dia 03.03.2017.

Diagnóstico provável: TCE - fratura afundamento de crânio em região frontal com lesão meningocefálica infecção de ferida operatória + fistula da LCR (víctime de atropelamento)

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico para afundamento crâniano em lesão meningocefálica em 03.03.2017
Trat. cirúrgico de fistula lúgurica + desbridamento cirúrgico de FO + sinusectomia fronto etmoidal externa + derivação lombária externa
em 27.03.2017

Obs. Exames complementares

Trat. de suporte clínico - Antibióticos

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

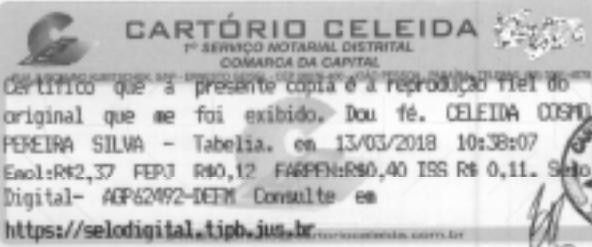
Alta em 04.04.2017

Cópia de Prontuário Médico em 12.06.2017.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serro
Médico da SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



RECEBIDO

12 JUN. 2018

GRUPO SEGURO
BBMAFPRE

Atendimento: 850947

Data e Hora: 03/03/2017 00:10

Senha da Classificação:

0001

Paciente: 296078 JOSELIA FILISMINO DA SILVA SIC	Sexo: FEMININO		
Data do Nascimento: 27/12/1971	Idade: 45 anos	Convenio: 2	SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: JOSEFA SOARES DA SILVA SIC	Nome do Pai:		
Estado Civil: SOLTEIRO	Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA	CRM: 123456	
Enderço: RUA MARIA DA GLORIA DE OI	143	Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO	
Cidade/UF: JOAO PESSOA	PB	Cep: 58069340	Usuário Atendimento: BEATRIZSC
RG (Identidade):		Data de Emissão:	
CPF (Cadastro de Pessoa Física):		Fone:	
CRN(Certidão de Registro de Nasc):		Data de Emissão CRN:	

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
 DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Pecou - m - l
 febre constante
 dor no peito (naeruf)
 mite febre + cianose
 cansaço + febre*

Fevereiro febre

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

*coagulado + sutura +
 exato*

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

<i>Rx cravo</i>	<i>Rx cravo po, naeruf</i>
<i>an fiafia</i>	<i>SRL - 1000 ml dia.</i>
<i>L facetaf</i>	<i>al reagir</i>
<i>Tecelossa</i>	<i>RECEBIDO</i>

Médico / Cremesp: *meuro*

ENCAMINHADO: Ambulatório Sala Verde Sala Amarela Sala Vermelha

Médico / Cremesp:

*DR. JOSÉ CARLOS GOMES
 CLAUDIO VIEIRAS
 FUNCI.*

*5166005 - 26/03
 Rector meuro*

*José Carlos Gomes
 DR. REGULADOR
 SUBAPRE*

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: Melhorada Com Atestado Com Prescrição
 TRANSFERÊNCIA LOCAL: H.R / Nesse C. SENHA: 5116065
 ÓBITO Data: _____ Às _____ ATESTADO DE ÓBITO SVO IML
Médico / Cremesp: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: _____ HORA: _____

NAME LEGÍVEL: _____

RG: _____

IRAU DE PARENTESCO: _____

SIGNATURA: _____

ECEPÇÃO / CARIMBOS: _____

RECEBIDO

12 JUL 2008

GRUPO SEGUROADOR
BBMAFPRE

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 03/03/2017 00:03

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	JOSELIA FILISMINO DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Feminino
Idade:	45
Senha:	0001
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Periodo: 03/03/2017 00:05 - 03/03/2017 00:06

EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	EMERGENCIA - VERMELHO
Cor:	 VERMELHO
Queixa Principal:	LESÃO EXTENSA EEM FACE
Observação:	NEGA ALERGIA
Fluxograma sintoma:	T.C.E
Discriminador(es):	- ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA (ECGLASGOW ENTRE 9 E 13) E/OU CONFUSÃO MENTAL
Especialidade:	CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 03/03/2017 00:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

RECEBIDO

Página 1 de 1

12 JUL 2013

GRUPO SEGURO
BBMAFPRE

NOME: JOSELIA FELISMINO DA SILVA MATRÍCULA: LEITO:

IDADE: 46	SEXO:MASC	FONE:	CATEGORIA: SUS
-----------	-----------	-------	----------------

DATA DA ADMISSÃO: 13/10/17	DATA DA ALTA: 16/10/17	TEMPO DE PERMANENCIA:
----------------------------	------------------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(S): HSC-HSCS
DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S):

Pneumonia obstrutiva, após uso de
cannabis

EXAMES REALIZADOS- VDE ANEXOS

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: CEFTRIAXONA, CORDAMICINA, HIDANTAL, FUROSEMIDA, FUROSEMIDA

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, COMPLICAÇÕES E PRESCRIÇÕES)

PACIENTE INTERNA COM HISTÓRICO DE CRISE CONVULSIVA APÓS QUEDA DA CADEIRA, ONDE BRONCOASPIROU, CHEGANDO NA UPA/VALENTINA INCONSCIENTE, SENDO INTUBADA E ACOPLADA AO VM, FICANDO POR DOIS DIAS. SENDO INTERNADA NESTE HOSPITAL PARA DÁ CONTINUIDADE AO TRATAMENTO CLÍNICO TERAPÉUTICO, DURANTE INTERNAÇÃO PACIENTE NÃO APRESENTOU QUEIXAS.

AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, CORADA, HIDRATADA.

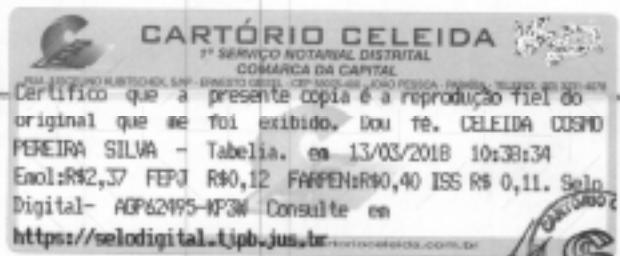
AR= MV+ AHT, SEM R/A

ACV= RCR, 2T, BCF;

ABD= SEMI-GLOBOso, FLÁCILo, RHA+

EXT= SEM ALTERAÇÃO DA PERFUSÃO

CD= ALTA PARA CASA COM ORIENTAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO COM SEU NEUROLOGISTA



DESTINO:

ALTA PARA CASA: SIM () NÃO () DATA:

Prescrição:
CIRFOFLOXACINO 500MG

TRANSFERÊNCIA: NÃO () SIM () DATA:

LOCAL: _____ MOTIVO: _____

RETORNO: PSF () POLICLÍNICA () HOSPITAL () DATA: _____ HORA: _____

ÓBITO: NÃO () SIM () DATA: _____ DIAGNÓSTICO: _____

DADOS ADICIONAIS:

Data:

*Dr. Jocelma Pedro da Silva
Medico 10221
Unimedico (a)*

RECEBIDO

12-10-18

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA PÚBLICA //////////////// VER. 2000
 MÓDULO DO RENAVAN /// >> 912 /// 10/05/2017
 CONSULTA BASE ESTADUAL /// &/> 09:29:56
 ///
 VIN (CHASSI): 9BVEADS3DBS13B56 REGRAV.: NAO PLACA : DEB1048
 MARCA/MODELO: FORD/CARGO 816 S RENAVAM: 00498266168 ANO FAB.: 2012
 MUN. EMPLOC.: NATAL UF. ENPLA: RN ANO MOD.: 2013
 COMBUSTIVEL: DIESEL COR.: PRATA ESPECIE.: CAR
 TIPO VEÍCULO: CAMINHÃO CATEG.: ALUGUEL POTENCIA.: 162
 NÚMERO MOTOR: 36387031 CYLIND.: 4,62 CAP. PASS.: 003
 CATXA CAMBIO: FRANRIC: NACIONAL CAP. CARGA: 005,08
 EIXO TRAS...: Q. EIXO.: 02 C.M.T.: 011,00
 EIXO AUXILI.:
 CARROCERIA : MAIL=1075,5C00978 CARROC.: CARROCERIA P.B.T.: 008,25
 />>
 Ind. Blind: 0

DOCUMENTO : 05591581498 CPP SIT. VEÍCULO: CIRCULAÇÃO ULT. ATU: 03/05/2016
 PROPRIETARIO: JACKSON TINA DE OLIVEIRA ENDERECO.: SIN
 />>
 Deb. Ipvá: SIM B23,11 RUA : R GUARABIRABA
 Deb. Lic.: NAO 0,00 INUM.: 11 COMP.:
 />>
 CODATA | CEP : 59071320 UF : RN |
 />>

TRANSACAO EFETUADA OK

RECEBIDO

12 JUN. 2013

GRUPO SEGUROADOR
BBMAFFPRE

Sistema Integrado de Veículo
Modulo de Renavam
RNVPC901 - Consulta Veículo na BIN

10/05/2017
09:29:26
Codata

Placa : OEB1048 Municipio : 1761 NATAL UF : RN
Chassi: 9BVFVADS3DBS11856 Rem : Nao Renavan : 00498266168

Marca : FORD/CARGO 816 S Tipo: CANINHAO Carroceria:107 CARROCERIA ABER
Cor : PRATA Esp: CAR Fab.: 2012 Mod.:2013 Montagem: COMPLETA
Cap.Pas: 003 Pontencial: 162 Cilindrada: 4662 Num.Bixos: 02
Cap.Carga: 005,08 CMF : 011,00 PBT: 008,25 Combustivel: DIESEL

N.Motor : 36387031 Num.Caixa Cambio:
N.Carroc: MAU=1075,9C00978 Eixo Trazeiro:
Procedencia: NACIONAL Eixo Auxiliar:

Proprietario : 05591581498 Sit.Veiculo: CIRCULACAO Atualizado BIN: 31/01/2017

<< Informações Complementares >>
Restricoes : SIM Importacao: NAO Restricao RFB: NAO
Saturamento: SIM Diplonata : NAO Transf.Outro Pais : NAO
Recall : NAO Recall Montadora : NAO Empacamento Eletronico NAO
F3 Volta

Transacao Efetuada OK

F12 Fim

CEBIDO

10/05/2017

SEGURADOR
MAPFRE

Tócer ventra

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1.580.250

Nome : Josélio Felimino da Silva

Foi atendido às _____ hs. do dia 08/08/17

Diagnóstico Próvel : _____

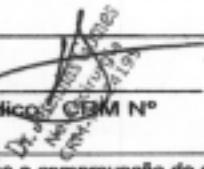
- OICE - Fratura Crânica com afundamento
(2) Infecção da ferida operatória.
(3) fistula líquídica
CID-10: S02 CID-10: T81.3 CID-10: G96

Tratamento Realizado :

- (1) Tratamento cirúrgico de fratura com afundamento
(2) Limpeza cirúrgica de feridas operatórias + remoção da fistula.

Observação : Referência à fratura e pedaleiro persistente e visão embacada -

Cópia de : _____


Médico: CRM Nº _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

RECEBIDO

12/08/2017

GRUPO SEGURO
BBMAFPRE

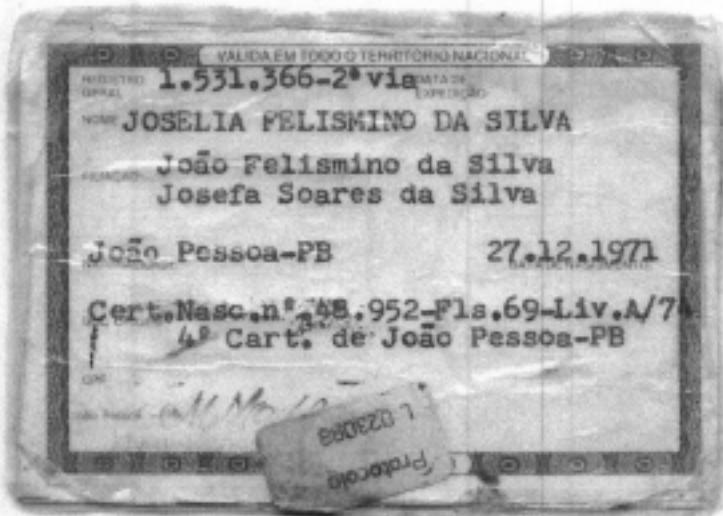
CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que se foi exibido. Dou fô. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelião em 13/03/2018 10:38:07
EnolR\$2,37 FEPJ R\$0,12 FNAPEN:R\$0,40 ISS R\$ 0,14. Selado
Digital - ACP62491-0680 Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br> notariado.com.br





RECEBIDO
12 JUN. 2018
GRUPO SEGURODOR
BBMAFPRE

76021092449



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo		Atendente
<input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		LUCAS SOUSA ESPINOLA
Tipo de Sinistro		Agência
Invalidade Permanente/Total		SUCURSAL JOÃO PESSOA
Nome do Requerente		Nome da Vítima
JOSELIA FELISMINO DA SILVA		CPF da Vítima
Documentos Complementares		JOSELIA FELISMINO DA SILVA 76021092449
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima <input type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolve Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial <input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador		<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais <input type="checkbox"/> Proc Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador
Morte	Invalidade Permanente	DAMS
Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec.Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial	Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada	Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar Relatório Médico Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros
Outros Documentos Entregues e Observações *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *DADOS BANCÁRIOS/ *LAUDO MÉDICO;		 0136255

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até complementação do processo.

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolve Ônibus
- Proc Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidade Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

RECEBIDO

12 JUIL. 2018

GRUPO SEGURO
BBMAPFRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208835/18

Número do Sinistro: 3180268235

Vítima: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

CPF: 760.210.924-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2017

Titular do CPF: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Laudo do IML - Lesões corporais

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: 16/10/2018
Nome: JOSELIA FELISMINO DA SILVA
CPF: 760.210.924-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: RAISSA MARQUES GOMES
CPF: 479.614.998-81

JOSELIA FELISMINO DA SILVA

RAISSA MARQUES GOMES