



Número: **0059046-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro Acidentes do Trabalho**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIEL LOURENCO DA SILVA (AUTOR)		CLAUDIO ROGERIO TORREAO DE ALMEIDA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69187644	07/10/2020 15:15	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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190474723

Vítima: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIEL LOURENCO 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 14699930





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

725.090.234-20

4 - Nome completo da vítima:

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2012

5 - Nome completo:

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

6 - CPF:

725.090.234-20

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA AMSTERDAM

9 - Número:

344

10 - Complemento:

CASA B

11 - Bairro:

IMBIRIBEIRA

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51180-190

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81 985558217

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 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. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3208

5

CONTA: 0089646

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autoriza 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda 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 (se nasce)?

☐ 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 devido, 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:

Recife, 12/08/2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

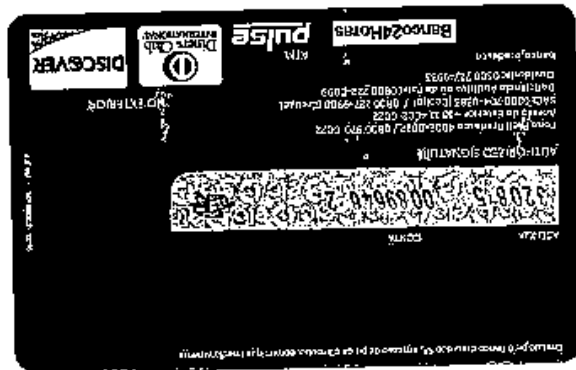
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

12 AGO 2019





ARUANA GEORGIA
12 AGO 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ª CIRC DIM/3ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099001917**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2019** às **17:13**

Complementa o BO Número: **19E0099001506**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/8/2019** às **19:00**

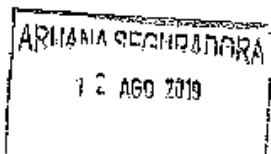
Fato ocorrido no endereço: **RUA ARQUITETO LUIZ NUNES, 1 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA Pai: MANOEL LOURENÇO DA SILVA Data de Nascimento: 15/5/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA AMSTERDAM, 344, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH5776** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015**

Complemento / Observação

23/07/2019 17:03

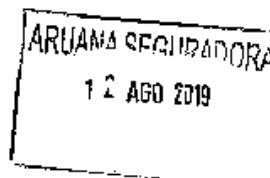
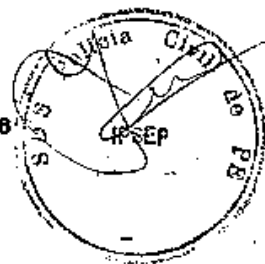


INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA NA AV ARQUITETO NUNES COM SUA MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA, MODELO 250 CC, COR PRETA, PLACA PCH-5776, QUANDO SUBTAMENTE O AUTOR EM VEICULO DE PASSEIO ENTROU A ESQUERDA SEM COLOCAR O INDICATIVO DA SETA, CAUSANDO UMA COLISÃO E PROJETANDO A MOTOCICLETA DA VITIMA NO CHÃO. ONDE O MESMO FOI ATENDIDO PELO SAMUR E LEVADO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA.

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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **381051-8**



23/07/2019 17:03





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0099001506

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **17:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ARQUITETO LUIZ NUNES, 01 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**

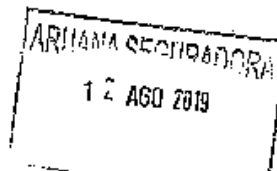
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA** Pai: **MANOEL LOURENÇO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA AMSTERDAM, 344, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE SEGUIA NA AV ARQUITETO NUNES COM SUA MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA, MODELO 250 CC, COR PRETA, PLACA PCH-5776, QUANDO SUBTAMENTE O AUTOR EM VEÍCULO DE PASSEIO ENTROU A ESQUERDA SEM COLOCAR O INDICATIVO DA SETA, CAUSANDO UMA COLISÃO E PROJETANDO A MOTOCICLETA DA VÍTIMA NO CHÃO, ONDE O MESMO FOI ATENDIDO PELO SAMUR E LEVADO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA.

07/06/2019 17:05



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

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
(VITIMA)

Josiel Lourenço da Silva



B.O. registrado por: **POLICARPO DA SILVA COSTA NETO** - Matrícula: **3848523**

Policarpo da Silva Costa Neto

ARIANA SECHOPANORA
12 AGO 2019

07/06/2019 17:05





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

725.090.234-20

4 - Nome completo da vítima:

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2012

5 - Nome completo:

JOSIEL LOURENÇO DA SILVA

6 - CPF:

725.090.234-20

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA AMSTERDAM

9 - Número:

344

10 - Complemento:

CASA B

11 - Bairro:

IMBIRIBEIRA

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51180-190

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81 985558217

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 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. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3208

5

CONTA: 0089646

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autoriza 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 (se nasce)?

☐ 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 devido, 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:

Recife, 12/08/2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

12 AGO 2019





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



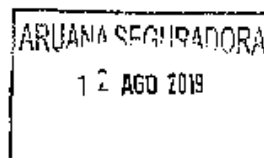
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	052.06.2019
DATA	21.06.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **MARIA DOS PRAZERES LOURENÇO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **2935697** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **433.485.134-72**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-636116**, que no dia 02 de junho de 2019, o paciente Sr. **JOSIEL LOURENÇO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **10055859** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **725.090.234-20**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 19h41, na Avenida Engenheiro Alves de Souza, em frente a Farmácia Drogasil, bairro da Imbiribeira, Recife/PE, em seguida, direcionado à UPA Imbiribeira e, posteriormente, redirecionado ao Hospital Otávio de Freitas, Recife, 21 de junho de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

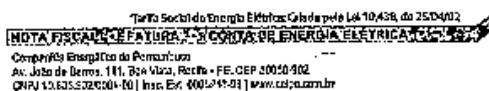


SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AMSTERDAM 344 -B

IMBIRIBIRAHIT, DIT E
RECIPE F'E
51170-220

51170-220

CONFIDENTIAL UNPAID

7007062871 06/2019

DATE OF PURCHASE 01/07/2019 EXPIRATION DATE 24/07/2019

TOTAL AMOUNT 120.84

111A7555	111CA	27007019
73047108	29011311E	5556907

[illegible]

தமிழ்நாட்டில்

Nº DO MEMOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONCLUSÃO DO MÊS
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0007/11/30	1,48	22.05.2018	11.213,01	22.06.2018	11.507,00	9	1,05333		12-

Produção de Energia Elétrica - 1997

Mês	Produção (TWh)
Jan 97	154
Fev 97	151
Mar 97	152
Abr 97	145
Mai 97	142
Jun 97	142
Jul 97	142
Ago 97	138
Sep 97	132
Out 97	138
Nov 97	134
Dez 97	130

	Base de Cálculo	%	Porção do Total
PGS	26,94	29,33	24,36
PGS	72,14	0,12	0,16
COFINS	99,34	0,79	0,79

Fonte	Produção (TWh)	%
Geração de Energia Hidráulica	85	32,44
Energia Eólica	0,5	0,19
Biomassa	0,5	0,19
Solar	0,5	0,19
Pélvica	0,5	0,19
Energia dos Oceanos	0,5	0,19
Energia Geotérmica	0,5	0,19
Energia Solar Fotovoltaica	0,5	0,19
Energia dos Ventos	0,5	0,19
Energia das Ondas	0,5	0,19
Energia das Marés	0,5	0,19
Energia das Correntes	0,5	0,19

Correlação = 0,9997

[illegible]

1 AUG 2019

OTRINATO	RENTA ANUAL del COTID	RENTA ANUAL TECHNICAL	RENTA ANUAL
ALTO	2.00	4.00	19.54
YRE	1.60	3.11	12.69
DMV	1.32	2.34	0.00





Secretaria de Saúde do Recife

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

(50 Anos)
0264

Registador

7852

Hora:

11:47

Recepcionista

Selene

Unidade de Saúde

169

Distrito Sanitário:

II

Data:

03/06/19

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome:

Israel Lourenço da Silva

Data de Nascimento:

15/05/69

Sexo:

M - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado

Raça/Cor:

☐ 1-Branca
 ☒ 2-Preta
 ☐ 3-Parda
 ☐ 4-Amarela
 ☐ 5-Indígena

Estado Civil:

Escalação:

Profissão:

Endereço:

Rua da Conduta Silva

Cidade:

Recife

Município:

Complemento:

CEP:

UF:

PE

Meio de Transporte:

F-78521-6967

TRAUMA OMI bmo

Leve a documentação Sim ()

Não ()

Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

 Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? Ignorado ()
 Tipo de proteção: Cinto Capotele () Sim () Não () Ignorado ()
 Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? Ignorado ()
 Tipo de trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

 Origem: Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? Ignorado ()
 Local de trabalho: Órgão: Endereço:

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

 Tipo de acidente: Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()
 Data: Qual? Ignorado ()

AGRESSÃO

 Tipo de agressão: Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual? Ignorado ()
 Meio: Agressão () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Tipo de auto agressão: Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Local da ocorrência: Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? Ignorado ()

Observação:

F u e l m e OMI bmo

Exame Físico:

A Geral

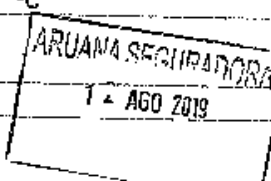
Peso:

Estatura:

Temp:

°C

Ex. Respiratório



Assinatura

Assinatura

bpm

PA:

nmhg

Assinatura

Assinatura

Mr. Lora @

Assinatura

Assinatura

Rx de m-@ A7P10

Assinatura

M-J

Dip. 100% - 2-1
+
A30 - 3-1
- Profund - 100%
(3-1)

Fra. Chris G @ +

Fra. 200%

Assinatura



Jovem Aprendiz

De: UPA IMBIRIBEIRA <contato.upaimb@ipassaude.org>
Enviado em: quarta-feira, 19 de junho de 2019 11:09
Para: secretaria.upaimb@ipassaude.org; coordtecnica.upaimb@ipassaude.org
Assunto: SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

Sinalizador de acompanhamento:

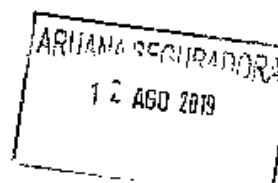
Acompanhar

Status do sinalizador:

Sinalizada

De: Josiel Lourenço da Silva
Motivo da Solicitação: Entrada no dpvat
Data do atendimento: 02/06/2019
RG: 10055859
Telefone: 81 985558217
Data de nascimento: 15/05/1969
Nome da Mãe: Maria da Conceição silva
Protocolo: teste

Este email foi enviado via formulário de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO em UPA IMBIRIBEIRA



Queixa Principal / História

PACIENTE TRAZIDA POR SAMU EM PRANCHA RÍGIDA E IMOBILIZAÇÃO CERVICAL APOS POR MOTO, QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO E BACIA. NEGA TCE NAUSEAS VÔMITOS OU CERVICALGIA. ECG 15;

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			20					

IPAS
Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde
Unidade de Pronto Atendimento
Dr. Marcello Silveira

ARUANA SEGURADORA
12 AGO 2019

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

Prescrição.: 1739728 Data: 02/06/2019 20:32
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1239224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 560233 - JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) Int
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Cidb.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	02/06/2032
- I-> SERINGA DESCARTAVEL SCC	1	UN				
S/ AGULHA						
I-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
2 DIFIRONA SODICA SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	02/06/2032
- I-> SERINGA DESCARTAVEL SCC	1	UN				
S/ AGULHA						
I-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
Dr. Marcello Silva
19/06/2019 11:22

ARIANA SECUNDARIA
12 AGO 2019

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1739729 Data: 02/06/2019 20:33

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 560283 - JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) int

Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P. / PERFIL / AXIAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33
3 RX BACIA A.P. / PATA DE GÁZAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33
4 RX JOELHO ESQUERDO A.P. / LATERAL ; Exame: 317069	1					[02/06] 20:33

UPA IMBIRIBEIRA
SAÚDE PÚBLICA
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Stucchi
Coordenador de Saúde da Família

ARLIANA CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
12 AGO 2019

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1739727 Data: 02/06/2019 20:32
Usuário.: JORGEFAS
Atendimento: 1238224 Dt Nasc: 15/05/1969 (50a 1m 5d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 560233 - JOSIEL LOURENÇO DA SILVA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 02/06/2019 20:23 0 Dias(s) Int
Médico.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ceto.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável

Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TRANSFERENCIA	1					02/06 20:32

COPIAS
UPA IMBIRIBEIRA
RA FERRAZ ARAUJO DA SILVA
ARQUIVO ELETRONICO
Dr. Marcello JCS
Coordenador de Informática

ARUANA REGIPADORA
12 AGO 2019

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Data de Nascimento: 15/05/1969 Data Atendimento: 02/06/2019

Prontuário: 0000560233 Cód. Atendimento: 01238224

Nome do Hospital: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Senha: 5697493

Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE TRAZIDA POR SAMU EM PRANCHA RIGIDA E IMOBILIZAÇÃO CERVICAL APÓS POR MOTO, QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO E E BACIA, NEGA TCE NAUSEAS VOMITOS OU CERVICALGIA. ECG 15;
RAIO X: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Recife, 02 de Junho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

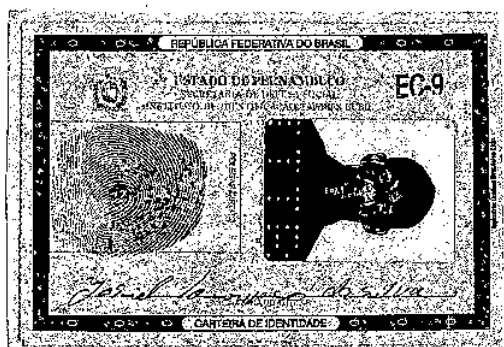
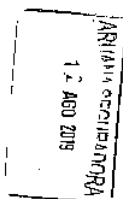
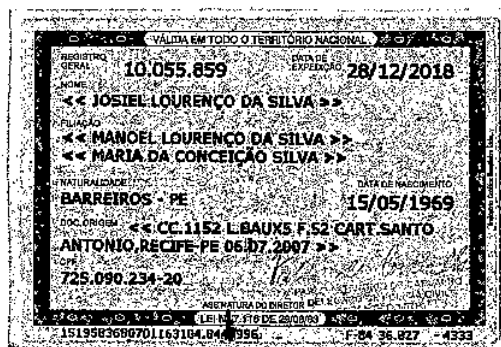
IPAS
IMBIRIBEIRA
RAIO X: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA
Dr. Marcello Silva
Coordenador de Atendimento

ARUANA REGISTRADORA
12 AGO 2019

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015101062565
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COR RENAVAM 109167208 EXERCÍCIO 2019

NOME JOSIELA CORREIA DA SILVA

RECIBE DE

725 690 224 20 PLACA PCH5776

PLACA ANT. UF ***** CHASSI 11111

VEÍCULO TIPO EAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA / PAZER YS250 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP. POT. / CIL. 22 / 249 CL. CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

IPVA 2019 QUITADO 1 ***** 2 ***** 3 *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 11.111,11 IOT (R\$) 10.135,18 PRÊMIO TOTAL (R\$) 21.246,29 DATA DE PAGAMENTO 05/07/19

OBSERVAÇÕES

EM FID. YAMAHA ADM. CONS. LTDA

DECL. DE

DATA 12/07/19

ARIANA SECUNDORA
 12 AGO 2019



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Sosiel Lourenço da Silva
 DATA DO ACIDENTE 02/06/2019 CPF DA VÍTIMA 925.090.234-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Amsterdã
 Nº 344 COMPLEMENTO D BAIRRO Imbiriibeiro
 CIDADE Recife UF PE CEP 51490-220
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98555-8277

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AÍZA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO: MORTE = R\$ 13.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.294/74.
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1284.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 02/08/2019
 IDENTIDADE 90.055.859
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 12 AGO 2019
 NOME [Nome]
 ASSINATURA [Assinatura]



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275562/19

Vítima: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

CPF: 725.090.234-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSIEL LOURENCO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSIEL LOURENCO DA SILVA : 725.090.234-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/08/2019
Nome: JOSIEL LOURENCO DA SILVA
CPF: 725.090.234-20

JOSIEL LOURENCO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

