



31/10/2023

Número: **0029693-89.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.222,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA (AUTOR(A))	
	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO(A))	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
149972620	31/10/2023 08:54	2884807_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 21ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00296938920238172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.227,00 (dois mil e duzentos e vinte e sete reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 26 de outubro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 31/10/2023 08:54:36
Número do documento: 23103108541905500000146477946
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23103108541905500000146477946>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/10/2023 08:54:19

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 31/10/2023 08:54:36
Número do documento: 23103108541905500000146477946
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23103108541905500000146477946>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/10/2023 08:54:19

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 31/10/2023 08:54:36
Número do documento: 23103108541905500000146477946
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23103108541905500000146477946>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/10/2023 08:54:19



31/10/2023

Número: **0029693-89.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.222,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

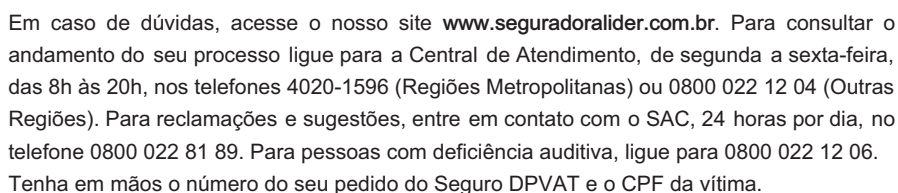
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA (AUTOR(A))	
	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO(A))	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
149972622	31/10/2023 08:54	ANEXO 1	Outros Documentos



O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01057/01058 - carta 03 - INVALIDEZ



Carta n° 16294315



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 31/10/2023 08:55:07
Número do documento: 23103108541920300000146477948
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23103108541920300000146477948>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/10/2023 08:54:19



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, 28 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200384610 Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

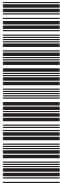
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01313/01314 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16528698



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.227,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 1.890,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.227,50

Banco: 104

Agência: 000004739

Conta: 000008451-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: 098.087.504-86 Nome completo da vítima: Jaulan Roberto Vieira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jaulan Roberto Vieira da Silva CPF: 098.087.504-86
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Francisco de Melo Número: 104 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Paudalho Estado: PE CEP: 55825-000
E-mail: (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2739 CONTA: 8451 5
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Local e Data: Paudalho, 29/09/20
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: 2. OUT 2020
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: 098 087 504 - 86 Nome completo da vítima: Jaulan Roberto Vieira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jaulan Roberto Vieira da Silva CPF: 098 087 504 - 86
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Francisco de Melo Número: 304 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Paudalho Estado: PE CEP: 55825-000
E-mail: (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2739 CONTA: 8451 5
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Local e Data: Paudalho, 29/09/20
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: 2. OUT 2020
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO: 320038461001
VALOR TOTAL: 2.227,50

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 04739
CONTA: 000000008451

Número da Autenticação
5289DD303130D7AB







Nº Atendimento: 106.1221

Nº Atendimento: _____
Nome: Tailan Roberto Vieira da Silva

Foi atendido às 22:53 hs. do dia 02, 12, 18

Diagnóstico Provável: Quimadina de II/III
Grav. por Chama (com bustão)
em MUI

Tratamento Realizado: curativos especializados
no local
antibiótico terapêutico
exeto de pele (20/12/18)

Observação: Retornou ao ambulatório de queimados p/ curativos (2ª, 4ª e 6ª feiras às 7:00h).

Cópia de: Nota 444 31/12/18

644 31/12/18
Medico - CRM N. 352
2 OUT 2020

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



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 106.1221

Nome: Tailan Roberto Vieira da Silva

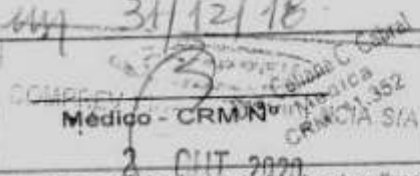
Foi atendido às 22:53 hs. do dia 02, 12, 18

Diagnóstico Provável: Queimaduras de II/III
Graus por Chamas (combustível)
em MMII

Tratamento Realizado: Cuidados especializados
no local
antibiótico tópico
exeto de pele (20/12/18)

Observação: Retornou ao ambulatório de
queimados p/ curativos (29, 49 e
69 feridas em 700h)

Cópia de: Ata 31/12/18


Médico - CRMN 2 OUT 2020

ATENÇÃO: Este documento destina-se à 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



Sinistro: 3200/384610

CPF: 098.087.504-86

Vítima: Jailan Roberto Vilira da Silva.

Desejo informar a seguradora líder que não tenho mais documentos médicos para encaminhar desejo que meu processo seja dado continuidade para que eu possa receber o que é meu por direito, fico no aguardo de uma resposta.

02/12/2020





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Registro

Paciente

Tauhan

Enfermaria/Leito

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/12/18 - T. Complicação e
conduta: Realizando as compressões e
insuflação a manobra

COPIADO
20/12/18
14:30

19/12/18

J. Nêdine

Medico chefe Sueli Reis
5/12/18 8/12/18 8/12/18
fome pequena, PV
CD 11

20/12/18

J. Nêdine

5/12/18 5/12/18 5/12/18
fome pequena, PV
CD 11

21/12/18 UTG - Plantão

Paciente evoluindo bem, sem queixas
de ex. cardíaco, hidratado, afilado
ROR em 2T PA = 140x80
MVN 5T PA
curativo limpo

CD - Manobra

- Retirar tala girada de anel de D. que segundo pai
for na pia foi muito retirada (tela com mais de

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

02/12/2018 22:44

Nome Paciente: TAYLAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/04/1991
Sexo: Masculino
Idade: 27
Senha: 00956
Convênio:
Atendimento:

02/12/2018 22:44 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRA

Urgência:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Resumo Principal:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURA POR EXLOSAO DE COMBUSTIVEL EM
ATENDIMENTO IME

Classificação:

SENHA: 0580258

Procedimento clínico:

QUEIMADURAS

Severidade(ões):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CHIRURGIA GERAL

Observações:

Sinais Vitais Lidos:

- SATURACAO DE O2: 89.00 % (AFI ATMOSFERICO)
- ESCALA DE DOR: 7
- ESCALA COMA DE GLASSOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO
Data: 02/12/2018 22:44

Assinatura de Acolhimento com Classificação de Risco

Paciente

Enfermarias/Lito

Registro

Porto Roberto Viana da Silva

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Traumatologia/Osteopatia

8:00 03/12/2018

(40) Paciente 5º dedo - interdigital +
Quemadura de II e III graus em região
Paciente vítima de acidente automobilístico.

Exposição da queimadura da mão direita
Paciente apresenta lesões profundas
queimaduras em região do 2º e 3º
dedo refere dor em nível de incapacidade
neste no 5º dedo.

Do exame físico - escarlapas e no 5º
dedo e/ou profundas interdigital
Rx e/ou lesões entre falange interdigital e
proximal

CD: 1) R de dor no momento
2) Novo Rx

9:40

Rx e/ou lesões. Refere melhora de dor
CD. Probabilidades de cura de falange
distal do 5º dedo. Não dispomos de
tela metálica

3) Alta e/ou ficha de encaminhamento.

3) Nos atendimentos de emergência
P.R. Souza



FICHA DE ANESTESIA

Data

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

26/12/18

Paciente

THILANY ROBERTO V SILVA

Srv

Cp

Mód

Risco

A P 52

Nome do Anestesiologista

BOA RANILSON

Nome do Cirurgião

EDUARDO M BARRETO

Número da Anestesia

1658150

Dependência

☒ Não☐ Sim

Cirurgia

Belmonte + endoscopia

830 900

P

T

XO

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

T

Drogas Usadas

Carótida

Propofol 12
Lidocaina 27
M02 8
Bupivac 27
K-Lid 27

Técnicas Anestésicas

Região + Lidocaina

COOP

Monitorização

☐ Cardíaco☐ Oximétrico☐ PNO☐ Sonda vesical☐ Cateter☐ Borel Pre-Cordal☐ Outros☐ SPS☐ Temperatura☐ Sonda-Gás☐ Anestesia Gás☐ PNC☐ Estimulação de Reflexo☐ Urina Livre☐ Volume TEP Plus

Exame Físico

☐ Acuidade☐ Sonoridade☐ Turgor

Desejo

☐ SPS☐ Anest. / Etc☐ Ur☐ Exame

Invasividade

☐ Não☐ Sim

Descrição

Observações

Dr. Ranilson Nascimento
Médico Anestesiologista
CPF: 492.223.284-15
CRM 8612 - CRO 273104

Assinatura do Anestesiologista

+ Thiago

COD. 0152

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nome do Paciente:

Caíque A

Nº do Paciente:

Clinica:
QUEIMADOS

Nº do Leito

DR. MARCOS BARRETTO

1º Assistente:

2º Assistente

Instrumentador:

Anestesiista:

Anestesia:
Narcose

Duração:

Data da Operação:

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

QUEIMADURAS DE II E III GRAU

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Balneoterapia

ASSEPSIA DE ÁREA CIRÚRGICA COM CLOREXIDINA

2 DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

3 CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA

Unidades de Informação Secundárias
29 UTO MARCULINO ADUATO 2N



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Taylor Roberto Vieira de Lima

Clinica: Ortopedia

Operador: Dr. Marcelo Samuels

1ª Assistente:

2ª Assistente:

Instrumentador:

Anestesia:

Genf (Bloqueio)

Duração:

Fim:

Data da Operação: 26/12/18

Diagnóstico Pré-Operatório: Amiotrofia de III p de

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Balneotomias no abdômen +
musculatura de M.M.I.E.

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

Balneotomias
Drum de aquecimento

2) Reforço de pele das coxas

3) colocação e fixação de pele

na área superior

4) curativos occlusivos e Adesivos

[Assinatura]

000.0042



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital de Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

1061221

Data e Hora de Atendimento:
02/12/2018 22:53

Local de Entrada: EMERGEN
Atendimento: Manual

Cod. Paciente: 1058180 Paciente: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA Sexo: MASCULIN
Data de nascimento: 16/04/1991 Idade: 27a 7m 15d
Estado Civil: UNIDO CONSEN Profissão: Acompanhante: LUANA DO NASC

DOC ID / Data expedição: 8152255 / 06-Mar-12 Mãe: EDINALVA FELICIANO DA SILVA Cartão SUS: 700201988664
Pai: EDVALDO MEIRA

Endereço: RUA FRANCISCO DE MELO CAVALCANTE Número 104
Bairro: CENTRO Complemento:
Cidade: PAUDALHO PE Telefone: 985676933

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assa

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐

Outros ☐ Assa

Observação:

História Clínica:

PACIENTE VITIMO DE ACIDENTE MOTO
II e III graus em MMII (35% da
superfície corporal)

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está permeável: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp

B: Respiratório

Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

com

15 dias

Após retirada, observei mobilização normal de
punho e 5º DDD.

Dr. Carlos E. Cabral
Médico
CRM: 11.352

20/12/18 - T. Ompacurand

Condutor: Observamos uma lesão nodulosa
de 1da mão direita
de 1da mão esquerda refere dor (devido a
tempo de imobilização)
Treino de marcha

Carla
Ferreira
CRM: 11.352

22/12/18

Evolução

Paciente bem, sem queixas.
Sem ptn. Reduzido. Corado.

Clinicamente bem. Col. Mantida.

Christiane Dalla Nora
CRM: 15373

24/12/18

Cl. médica

Ordem clínica. Tend. ptn. 10
8/10 ptn. 1/10 ptn. 1/10
sem qtn. 1/10 ptn. 1/10
cel m

26/12/18

Cl. médica

Ordem clínica. Tend. ptn. 10
8/10 ptn. 1/10 ptn. 1/10
sem qtn. 1/10 ptn. 1/10
cel m



Deficiência motora	AISS	☐ MSE	☐ AMO	☐ AME	☐ Papais	☐ Isocôncas	☐ Anisocôncas
Glasgow Resposta Verbal	Glasgow Resposta Motora	Glasgow Resposta Total					
Escore	Escore	Escore					

Prontuário

QUIMOTOMIA DO II GRUPO GM MMET 1) INTERVENÇÃO NEOLUSOTOMIA	Cod. Procedimento
Ass. Médica	Ass. Médica
Ass. Enfermagem	Ass. Enfermagem

Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Melhorado ☐ Piorado ☐ Obito	Alta / Internamento / Transferência CRM Data Hora 31/12/18 10:10h
Responsabilidade para internamento: Assinatura: _____	Responsabilidade de alta a pedido: Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 02-Dec-18



Paciente

Tailan

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

09/12/18 - T. Ocupacional
Condut: Realizando exercícios para
MMIT Treino de marcha

Carmen Duque
Terapia Ocupacional
CRP 010219-16

Clínica

10/12/18

Medico clinico Euclides

sf. Mue sf. Pernice

fora controle e for

cd. m

ML 10/18

Paciente sem sintomas AEU: A R. LDC

09/12/18 sf. Mue sf. Pernice

Dr. Antonio Cordeiro
MEDICO
CRM 2618

11/12/18 - Clínica
sf. Mue sf. Pernice
fora controle e for

cd. m

Clínica

13/12/18 - Evolu: sf. Mue sf. Pernice

fora controle e for

fora controle e for

COD. 0123

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nome do Paciente:

Nº do Paciente:

Sau Lar

Ruben L

União

Clínica:
QUEIMADOS

Nº do Leito:

DRA. SOCORRO SOUZA

Assistente:

2º Assistente

Instrumentador:

Anestesiista:

JO

Anestesia:
Narcose

Duração:

Data da Operação:

04/12/18

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

QUEIMADURAS DE II E III GRAU

da mss e m. n.

m. n.

Diagnóstico Pós-Operatório:

Intenção Proposta: Balneoterapia + Desbridamentos Cirúrgicos.

1) ASSEPSSIA DE ÁREA CIRÚRGICA COM CLOREXIDINA

2) DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

3) CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA

Dr. Socorro Souza
Médica
CRM 1410

28/12/18

Sacinte sem intercorr.
ACU e A.R. NDN
Abdomine Glaciol

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618

28/12/18 - T. Ocupacional

Conduta: Mantida condutas no posicionamento

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618

29/12/18

Sacinte sem intercorr.
ACU e A.R. NDN
Abdomine Glaciol
Conduta mantida

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618

29/12/18

Solução Hemograma completo

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014356819647
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
1	1059675619	*****	2019

NOME
DANIELE MARIA DA SILVA

PAUDALHO - PE

CPF/CNPJ	PLACA
090.365.464-32	PDH3493

PLACA ANT/UI	CHASSI
*****	402201688P010999

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
EAB MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/PG150 FAN F301	2015	2015

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
25/149CL	EARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
TPVA 2019 QUITADO	12*****	2*****

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	3*****
1	*****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
34,26	0,32	34,58	11/01/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

Assinatura
PAUDALHO - PE DATA **22/01/19**
Marcelo Druto da Costa Correia

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 014356819647 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DANIELE MARIA DA SILVA

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAUDALHO - PE	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
	2019	22/01/19

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	090.365.464-32	PDH3493

RENAVAM	MARCA/MODELO
09036546432	HONDA/PG150 FAN F301

ANO FAB	DATA	Nº CHASSI
2015	03	402201688P010999

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL X SERVIÇO SEGURO (R\$)

☐ COTA UNICA	PAGAMENTO	☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.008/0001-04

8102-106



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200384610

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: QUEIMADURAS DOS MEMBROS INFERIORES. P.2/4/6/7. LUXAÇÃO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS MEMBROS INFERIORES (DESBRIDAMENTO, ENXERTO DE PELE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E MEMBROS INFERIORES

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E RESIDUAL DOS MEMBROS INFERIORES

Documentos
complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	14%	R\$ 1.890,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			16,5 %	R\$ 2.227,50



DADOS DO SINISTRO

Número:

3200384610

Cidade:

Paudalho

Natureza:

Invalidez Permanente

Vítima:

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do acidente:

02/12/2018

Seguradora:

GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: QUEIMADURAS DOS MEMBROS INFERIORES. P.2/4/6/7.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESTRIDAMENTO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Número do Sinistro: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Número do Sinistro: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 02/12/2020
Nome: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
CPF: 098.087.504-86

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 31/10/2023 08:55:07
Número do documento: 23103108541920300000146477948
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23103108541920300000146477948>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/10/2023 08:54:19

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA : 098.087.504-86

- 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: 27/10/2020
Nome: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
CPF: 098.087.504-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

