

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341318

Data do acidente: 31/12/2017

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Crateús

UF: CE

Análise: Reanálise

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data: 08/01/2019 15:49:38

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DO PE NE -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.07.29.15-7	FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	2000,00	0,00
Materiais			4300,00	0,00
Total da Análise Atual			6300,00	0,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: REANÁLISE MANTIDA CONFORME ANÁLISE ANTERIOR. NOTA FISCAL Nº 100188 NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA Relacionamento: Vítima	6300,00	788,64	788,64	6300,00	0,00	0,00
Total da Análise Atual	6300,00	788,64	788,64	6300,00	0,00	0,00

TOTAL PLEITEADO: 12600,00 **TOTAL AVALIADO:** 788,64 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 788,64

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271085/18

Número do Sinistro: 3180341318

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF: 082.707.253-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2017

Titular do CPF: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RAUL SIQUEIRA DE SOUZA : 082.707.253-82

Autorização de pagamento

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/09/2018

Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

Data do cadastramento: 21/09/2018

Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271085/18

Número do Sinistro: 3180341318

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF: 082.707.253-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2017

Titular do CPF: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 07/01/2019
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180341318**

Vitima: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Data do Acidente: **31/12/2017**

Cobertura: **DAMS**

Procurador: **JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341318**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora 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



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180341318**
Vitima: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**
Data do Acidente: **31/12/2017**
Cobertura: **DAMS**
Procurador: **JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341318**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180341318**

Vitima: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Data do Acidente: **31/12/2017**

Cobertura: **DAMS**

Procurador: **JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341318**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora 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



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180341318**

Vitima: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Data do Acidente: **31/12/2017**

Cobertura: **DAMS**

Procurador: **JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341318**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora 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



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Sinistro: **3180341318**

Vítima: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Data do Acidente: **31/12/2017**

Cobertura: **DAMS**

Procurador: **JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180341318** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 23 de Outubro de 2018

Carta nº: 13507893

A/C: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180341318
Vitima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 31/12/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Valor: R\$ 788,64

Banco: 237

Agência: 00000997-0

Conta: 0000030943-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

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, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180341318

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 31/12/2017

Cobertura: DAMS

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

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

Comprovantes de despesas médicas

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.

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





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 e desbloqueada e sem impedimento para o crédito da indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou é 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 ASI:

CPF da Vítima

082.707.253-82

Nome completo da vítima

Raul Sequera de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Raul Sequera de Souza

CPF / Titular da conta

082.707.253-82

Pro. Líc.

NÚCLEO INFORMAR

Endereço

Sítio Escute

Número

Complemento

NÚCLEO INFORMAR

Bairro

Zona Rural

Cidade

Crato

Bairro

ceara

CEP

63700-000

Telefone (DDD)

(188)99459-8121

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

RECLUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADENCO (237)	BANCO DO BRASIL (001)	ITAU (341)	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N.º	DIV.	CONTA N.º	DIV.
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA N.º	DIV.	AGÊNCIA N.º	DIV.
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA N.º	DIV.	CONTA N.º	DIV.
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são da minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SABEMI SEGURADORA SIA
25 JUL 2018
RECEBIDO

07/06 12 de 07 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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:

Beneclário 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").

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

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

082.707.253-82

Nome completo da vítima

Raul Siqueira de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Raul Siqueira de Souza

CPF titular da conta

082.707.253-82

Prova de

residência informada

Endereço

Sítio Escuro

Número

500

Complemento

residência informada

Barro

Zona Rural

Cidade

Crato

Estado

Ceará

CEP

63700-000

Email

Telefone (DDD)

(88)99459-8121

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REUSSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco

Nº

237

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

997

30943

5

(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e/ou conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

08/08/2018

Local e Data

Raul Siqueira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

23 AGO 2018

RECEBIDO



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.

E obratório 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 com 16 ou 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

032 707 253-82

Nome completo da vítima

Paulo Siqueira de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Paulo Siqueira de Souza

CPF titular da conta

Número

Profissão

Lixeiro informante

Endereço

Sítio Escuret

Complemento

Zona Rural

Bairro

Cidade

Prestebis

CEP

63300-000

Email

Telefone (DDD)

(63) 39450-5121

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (241)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/d

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Bradesco

Nº

237

AGÊNCIA

Nº

TIN

CONTA

Nº

697

3

36493

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo à 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.

Prestebis 30 de setembro de 2018

Local e Data

Paulo Siqueira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A
21 SET 2018
RECEBIDO

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 com 16 ou 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

082.707.253-82

Nome completo da vítima

Raul Siqueira de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Raul Siqueira de Souza	CPF titular da conta	082.707.253-82	Profissão	Recuso informar
Endereço	Sítio Encravo	Número		Complemento	Zona Rural
Bairro		Cidade	Porteiras	Estado	Caro
Email				CEP	63.700-000
				Telefone (DDD)	(86) 99459-8125

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco

NRO

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

997

(Informar dígito se existir)

30943

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Crato, 20 de setembro de 2018

Local e Data

Raul Siqueira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

SABEMI SEGURADORA S/A

28 SET 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 2314 / 2018

constatando fratura no calcanhar do pé esquerdo ; que passou quatro a cinco meses em tratamento; que durante esse período de recuperação não conseguia exercer as suas atividades laborais normais; que a vítima informa que a motocicleta que estava conduzindo é de propriedade do senhor JOSE VILSON SIQUEIRA; que a vítima estava usando capacete e que não tinha ingerido bebida alcoólica durante o fato. E nada mais disse////

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MH
MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 30093917

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Ronal Siqueira de Souza*

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANNA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

** Antonio Alcântara Salles Oliveira*

** M. DSS V. 1850M Silveira*



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 788,64

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000030943-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1910201805000000000237009970000003094378864 PAGO

Serviços
de Médi-
cina

CHAMADA 5446220001-0
SECTERIA DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LIMA

REGISTRO DE PATIENTE

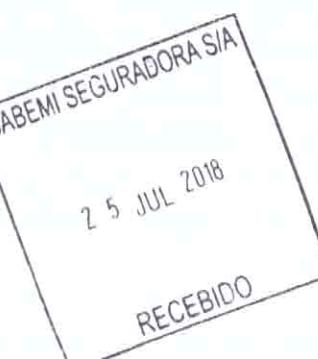
Nº 38110/18

1 - IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PAI: Edmundo Nogueira de Souza
NOME DA MÃE: Luciana de Oliveira Alves de Souza
CRM: _____
ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: _____
ENDERECO: Bairro Encanto

ASINAS E SINTOMAS:

Paciente vitimado de paciente com síndrome (SIC), apresentando
dificuldade em urinar, encombrado e perda urinária de incontinência.
Exames:
1 - DIAGNÓSTICO:

1 - CONDUTA:

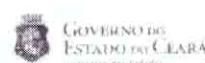


Nº 38110/18
DATA: 31/12/18

ASS. DO MÉDICO

D
U

2º Via



0027575748

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE WENDERSON P DA SILVA
 End. Leitura: RU DOR MOURA FE, 937, SAO VICENTE
 Cidade: CRATEUS CEP: 63.700-000
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 029 Setor: 011 Quadra: 0048 Lote: 0260 Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Pública: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço: AGUA	Mudador: A07FJ36850	Lectura Anterior: 165	Lectura Atual: 184	Volumen: 19	Média Semestral(m³): 18
---------------	---------------------	-----------------------	--------------------	-------------	-------------------------

DATAS

Lectura Atual: 14/02/2018	Emissão: 09/03/2018	Lectura Agua:
Lectura Anterior: 13/01/2018	Próxima Lectura: 15/03/2018	Lectura Exigida:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2018

Nº de Amostras	Clara	Turbidez	Córi	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	051	051	010	051	051
Analíticas	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	050	011	050	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

EMISSÃO: UN - GEREM-LJ CRATEUS-CENTRO 09/03/2018 15:02:28

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA		76,04	FEV/2017	14	11
ESGOTO		62,48	MAR/2017	10	8
MULTA DE 2%	1/1	2,48	ABR/2017	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,73	MAY/2017	14	11
			JUN/2017	16	12
			JUL/2017	21	16
			AGO/2017	17	13
			SET/2017	16	12
			OUT/2017	17	13
			NOV/2017	18	14
			DEZ/2017	18	14
			JAN/2018	24	19

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,36	VALOR DO SERVIÇO	141,73
COFINS	6,77	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	141,73

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
02/2018	05/03/2018	141,73

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNR, Itaú, BC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Posto de Azeite. Cagece disponibiliza o serviço de recarga em conta de sua fatura através do site: www.cagece.com.br

E é obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece 3101.1918 de 8h às 12h e 13h às 17h. Divisória estatal: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

CAGECE
CENTRAL DE ATENDIMENTO
0800 275 0195

155
CENTRAL DE ATENDIMENTO



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027575748 Código de Responsável: Inscrição: 02/2018
 Local: 029 Setor: 11 Quadra: 0048 Lote: 0260 Comp: 0000
 Subsídio:
 Cidade: CRATEUS Vencimento: 05/03/2018 Total (R\$): 141,73

SABEMI SEGURADORA S/A

25.11.2018

RECEBIDO

CONTA PAGA



PREFEITURA MUNICIPAL I E CRATEÚS

Secretaria Municipal de Finanças

Coordenadoria de Gestão Tributária
Rua Coronel Zezé, 1141 - Centro
Crateús - CE - 63700010

Nota: 2018000

00100188

Código Verificação
810E8ADA2

Código QR



Data e Hora de Emissão: 21/03/2018 - 09:09 hs

Município de Prestação: Crateús - CE

Natureza da Operação: Tributação no município

Período de Competência: 03/2018

Reg. Especial Tributação: Nenhum

Código QR

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: GERARDO FERNANDES JUNIOR ME

Nome Fantasia: DR GERARDO JUNIOR

Email: pabloelvio@hotmail.com

Incentivador Cultural: Não

Endereço: CORONEL LUCIO, 221, Sala 3 - CENTRO - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

CPF/CNPJ: 63.481.865/0001-37

Inscrição Municipal: 718

Inscrição Estadual:

MEI: Não

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Nome Fantasia:

Email:

Endereço: CAMPO SITIO ESCURO 2, S/N - ZONA RURAL - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

CPF/CNPJ: 082.707.253-82

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres
CNAE: 8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

Intermediário:

Construção Civil - Obra: ART:

Inscrição Municipal:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO "FRATURA DE TALUS", RAIO X DO PÉ ESQUERDO E RAIO X DO CALCANHAR.

VALOR APROXIMAÇÃO DE TRIBUTOS: 6%



VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 4.300,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)		Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)
0,00	0,00	0,00		4.300,00	2,0100
		ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Valor Líquido (R\$)	
		86,43	0,00	4.300,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeA pode ser verificada no site <https://crateus-ce.issintel.com.br/>.
Esta NFeA foi emitida com respaldo LC Nº 427/2000.

Prestador de Serviços optante pelo Simples Nacional.

Emitido por: GERARDO JUNIOR FERNANDES



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS

Secretaria Municipal de Finanças

Coordenadoria de Gestão Tributária
Rua Coronel Zéze, 1141 - Centro
Crateús - CE - 63700010

Nota: 2018000
00102634

Código Verificação
4FA61AB52

Código QR



NOTA FISCAL ELETRÔNICA ÁGIL - NFeA

Data e Hora de Emissão: 05/01/2018 - 10:37 hs

Período de Competência: 01/2018

Município de Prestação: Crateús - CE

Reg. Especial Tributação: Nenhum

Natureza da Operação: Isenção

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: SOCIEDADE BENEFICIENTE SÃO CAMILO

CPF/CNPJ: 60.975.737/0076-79

Nome Fantasia: HOSPITAL SÃO LUCAS

Inscrição Municipal: 3362

Email: contabilidade@saocamilocrateus.org.br

Fone/Fax: (88) 3691-2019

Incentivador Cultural: Não

Simples Nacional: Não

Endereço: UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - SAO VICENTE - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

Inscrição Estadual:

MEI: Não

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF/CNPJ: 082.707.253-82

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

Email:

Fone/Fax:

Inscrição Estadual:

Endereço: CAMPO SITIO ESCURO 2, S/N - ZONA RURAL - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros, ambulatórios e congêneres

CNAE: 8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Intermediário:

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra

ART

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PROCEDIMENTO: CIRURGICO TRAUMATOLOGICO



VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 2.000,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deduções (R\$):	Desconto Incondicionado (R\$):	Desconto Condicionado (R\$):	Base de Cálculo (R\$):		
0,00	0,00	0,00	2.000,00		
					Aliquota (%):
					0,0000
					Valor Líquido (R\$):
					2.000,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeA pode ser verificada no site: <https://crateus-ce.issintel.com.br>

Esta NFeA foi emitida com respaldo LC N° 427/2000

Os serviços referentes a esta NFeA são Isentos/Imunes do ISS

Nota isentaria/immune de ISSQN: por análise do processo de isenção.

Assinado por: ANTONIO ERIBERTO FEITOSA

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

www.saucamilocrateus.org.br



Declaração

A Sociedade Beneficente São Camilo, inscrita no CPNJ 60.975.737/0076-79, situada à Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, São Vicente, Crateús -Ce., declara que o Paciente: Raul Siqueira de Souza , CPF: 082.707.253-82 esteve internado neste hospital em convênio particular, onde efetuou o pagamento no valor de R\$ 4.300,00 referente pacote Cirúrgico Traumatológico, conforme recibo e nota fiscal.

Segue discriminação dos serviços inclusos no pacote do paciente:

R\$ 1.720,00 referente Diárias e Alimentação

R\$ 2.800,00 referente Materiais e Medicamentos

Crateús-CE, 18 de dezembro de 2018.


SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
Cristiane Viegas Martins
COORD. DE TESOURARIA

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS

Secretaria Municipal de Finanças
Coordenadoria de Gestão Tributária
Rua Coronel Zezé, 1141 - Centro
Crateús - CE - 63700010

Nota: 2018000
00100188

Código Verificação
810E8ADA2

Código QR



NOTA FISCAL ELETRÔNICA ÁGIL - NFeA

Data e Hora de Emissão: 21/03/2018 - 09:09 hs

Período de Competência: 03/2018

Município de Prestação: Crateús - CE

Reg. Especial Tributação: Nenhum

Natureza da Operação: Tributação no município

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: GERARDO FERNANDES JUNIOR ME

CPF/CNPJ: 63.481.865/0001-37

Nome Fantasia: DR GERARDO JUNIOR

Inscrição Municipal: 718

Email: pabloelvio@hotmail.com

Fone/Fax: (88) 99633-6811

Inscrição Estadual:

Incentivador Cultural: Não

Simples Nacional: Sim

MEI: Não

Endereço: CORONEL LUCIO, 221, Sala 3 - CENTRO - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF/CNPJ: 082.707.253-82

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

Email:

Fone/Fax:

Inscrição Estadual:

Endereço: CAMPO SITIO ESCURO 2, S/N - ZONA RURAL - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros, ambulatórios e congêneres

CNAE: 8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

Intermediária:

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra:

ART:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO "FRATURA DE TALUS", RAIO X DO PÉ ESQUERDO E RAIO X DO CALCANHAR.

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 6%

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 4.300,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	ISS Retido (R\$)	Valor Líquido (R\$)
0,00	0,00	0,00	4.300,00	4.300,00	2,0100
		ISS (R\$)			
		86,43		0,00	4.300,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeA pode ser verificada no site <https://crateus-ce.issintel.com.br/>.
Esta NFeA foi emitida com respaldo LC Nº 427/2000

Prestador de Serviços optante pelo Simples Nacional.

Emitido por: GERARDO JUNIOR FERNANDES

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ronaldo Vilela de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.503 / 11, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ronaldo Vilela de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.702.263 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura mutualista da Vítima Ronaldo Vilela de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.702.263 / 82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Moinho Fé</u>	Cidade <u>Castro</u>	Número <u>437</u>	Complemento <u>apartamento</u>
Barrio <u>são Vicente</u>		Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>83300-000</u>
Email <u></u>	Telefone comercial (DDD) <u>(45) 3206-5000</u>	Telefone celular (DDD) <u>(45) 9911-2511</u>	

Castro, 12 de 07 de 2018.
Local e Data

José Vilela de Souza Pinto
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu José Wimlenon P. da Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.503/12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raul Siqueira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.707.253/82, do sinistro de DPVAT cobertura DANOS da Vítima Raul Siqueira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.707.253/82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Moura Filho</u>	Cidade <u>Cratús</u>	Número <u>937</u>	Complemento <u>Residencial Jardim</u>
Bairro <u>São Vicente</u>		Estado <u>Clássica</u>	CEP <u>63700-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(68) 994598141</u>

Cratús, 12 de 07 de 2018.

Local e Data

José Wimlenon P. da Silva

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Wilson Siqueira

RG nº 5.334.600 data de expedição 1/1,
Órgão 22º, portador do CPF nº 060.844.993-99 com
domicílio na cidade de Caeté, no Estado de
Caixa, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Brasil nº 518

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima RAUL SIQUEIRA DE SOUZA, cujo o condutor era RAUL SIQUEIRA DE SOUZA.

Veículo: moto & isoton ESD
Modelo: Honda

Modelo: 49
Año: 2014

Ano: 06/03
Blzep: 061

Placa: 0543945 Chassi: P12KCV500ER5076240

Chassi: gL2KC630KJU
Data de Acidente: 21/11/2017

Data do Acidente: 31.12.2017
Local e Data: Foz do Iguaçu - PR - Brasil

Local e Data: Brinca do natal

10. *Leptodora histrio* (L.) Schleicher, 1851. *Leptodora histrio* L., 1758.

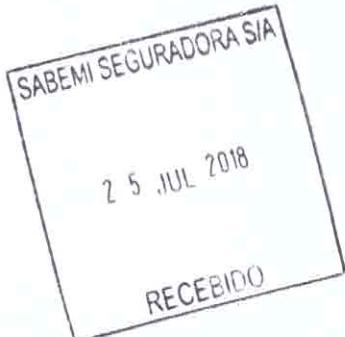
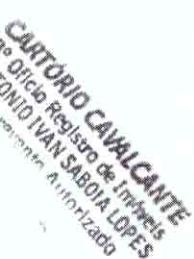
Al *Ca* *Si* *Mg* *Fe*

Assinatura do Declarante

Problems do Decision Rule

Raul Siqueira de Souza

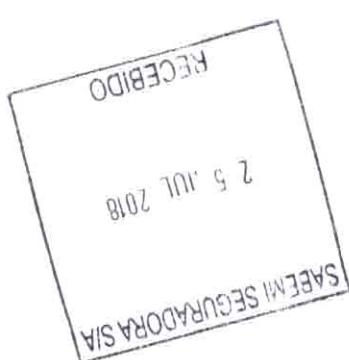
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



HOSPITAL E MATERNAL DO DE DR. JOSE MARIA FERNANDES LEITAO

Nº _____
DATA: 30/10/111- IDENTIFICAÇÃO
NOME: Ricardo de Souza
NOME DO PAI:
NOME DA MÃE: Licília de SouzaGNS: _____
ESTADO CIVIL: _____
PROFISSÃO: _____
ENDERECO: Bairro Bela Vista R.G.: _____
SEXO: M CN: 1109191000
CIDADE: Caxias CPF: _____2- SINTOMAS:
paciente vítima de acidente doméstico (SAC), apresentando
+Roxo X
3- DIAGNÓSTICO:

4- CONDUITA:

5- ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
ASS. DO MÉDICO

RECEBIDO
25 JUL 2018
SABEM SECURADORA S/A

Maria da Luz Siqueira

Assinatura do paciente MARIAZIA VIEIRA BARBOSA

CRATÉUS 2 de Janeiro de 2018



AutORIZO A INTERNAGAO DO ACIMA CITADO, NESTE HOSPITAL, BEM COMO OS TRATAMENTOS CLINICOS, CIRURGICOS E
REALIZAGO DE NECROPSIA, QUE SE FIZER NECESSARIO OUTROSIM, TOMO CENICA E SUBMETO-ME AS
DISPOSIGOGES GERAS CONTIDAS NO REGULAMENTO DO HOSPITAL. OBS: O HOSPITAL SO SE RESPONSABILIZA POR
OBJETOS E VALORES DOS PACIENTES OU ACCOMPANHANTES, QUANDO GUARDADOS NA TESOURA.

TERMO DE AUTORIZACAO DE INTERNAGAO

Nome	RAUL SIQUEIRA DE SOUZA		
Nascimento	12/09/1999	Raçao/Cir	BRASILEIRO
Sexo	Male	Estatua Civil	Solteiro(a)
Pais Nacionalidade	Brasil	CNS	0455-A4
Religiao	NAO DETERMINADA	Municipio	TO 1401-629 4055-A4
Documentos	CPF: 088 9330-0172		
Endereço	CAMPO STUDIO SEGURIO II Nº 006-0002 Apresento CLINICA CIRURGICA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
Telefone	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA 020/2018 11-01 Guanabara SUS JAMIL SANCHES JORDUERA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
Apresento	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA 006-0002 Apresento CLINICA CIRURGICA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
UF/RG	Data/Hora 02/01/2018 11-01 Guanabara SUS JAMIL SANCHES JORDUERA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
Obs/Sigla	Data/Hora 02/01/2018 11-01 Guanabara SUS JAMIL SANCHES JORDUERA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
DADOS DO PACIENTE			
Nome	FICHA DE INTERNAGAO E ALTA		
NASCIMENTO	RAUL SIQUEIRA DE SOUZA		
Local	HOSPITAL SAO LUCAS		
Printura/Atendimento	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILLO		
Data	20/01/2018		
Idade	18 Ano(s)		
Religiao	NAO DETERMINADA		
Sexo	Male		
Documentos	CPF: 088 9330-0172		
Endereço	CAMPO STUDIO SEGURIO II Nº 006-0002 Apresento CLINICA CIRURGICA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
Telefone	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA 006-0002 Apresento CLINICA CIRURGICA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
Nome	FICHA DE INTERNAGAO E ALTA		
Nascimento	RAUL SIQUEIRA DE SOUZA		
Local	HOSPITAL SAO LUCAS		
Printura/Atendimento	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILLO		
Data	20/01/2018		
Idade	18 Ano(s)		
Religiao	NAO DETERMINADA		
Sexo	Male		
Documentos	CPF: 088 9330-0172		
Endereço	CAMPO STUDIO SEGURIO II Nº 006-0002 Apresento CLINICA CIRURGICA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
Telefone	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA 006-0002 Apresento CLINICA CIRURGICA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
Nome	FICHA DE INTERNAGAO E ALTA		
Nascimento	RAUL SIQUEIRA DE SOUZA		
Local	HOSPITAL SAO LUCAS		
Printura/Atendimento	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILLO		
Data	20/01/2018		
Idade	18 Ano(s)		
Religiao	NAO DETERMINADA		
Sexo	Male		
Documentos	CPF: 088 9330-0172		
Endereço	CAMPO STUDIO SEGURIO II Nº 006-0002 Apresento CLINICA CIRURGICA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		
Telefone	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA 006-0002 Apresento CLINICA CIRURGICA CRM 6945 Dias Guia GD Comprometida		



DATA

08/01/2013 AS 08:15 PASENTE CONSULTANTE, OFICINA VITRINE, CECILIA ALVAREZ, RECIBIDA. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR.

08/02/2013 AS 08:15 PASENTE CONSULTANTE, OFICINA VITRINE, CECILIA ALVAREZ, RECIBIDA. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR.

08/03/2013 AS 08:15 PASENTE CONSULTANTE, OFICINA VITRINE, CECILIA ALVAREZ, RECIBIDA. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR.

08/04/2013 AS 08:15 PASENTE CONSULTANTE, OFICINA VITRINE, CECILIA ALVAREZ, RECIBIDA. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR.

08/05/2013 AS 08:15 PASENTE CONSULTANTE, OFICINA VITRINE, CECILIA ALVAREZ, RECIBIDA. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR.

08/06/2013 AS 08:15 PASENTE CONSULTANTE, OFICINA VITRINE, CECILIA ALVAREZ, RECIBIDA. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR.

08/07/2013 AS 08:15 PASENTE CONSULTANTE, OFICINA VITRINE, CECILIA ALVAREZ, RECIBIDA. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR.

08/08/2013 AS 08:15 PASENTE CONSULTANTE, OFICINA VITRINE, CECILIA ALVAREZ, RECIBIDA. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR.

08/09/2013 AS 08:15 PASENTE CONSULTANTE, OFICINA VITRINE, CECILIA ALVAREZ, RECIBIDA. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR. ASESORAR CONSEJO (SITE) A PRESCONTAVIAO DE LA S.A. UTMAR.

RECIBIDO
15 JUL 2018
SABE MI SEGUARDAR ASIA

PRONTOURIO: 124186 POSTO: Quemacau LETTO: 03

Final Summary of Score

NAME:

Assinatura e Carmo

CRCMRC: 10784

MEDICO

© William Morrow

young. I think they're
④ Chin. Impressionistic

Evolução Médica:

APRAZAMENTO	PRESCRICAO
01	100g. 500f. (21) (21) (21) (21) (21)
02	(poco) 500f. (21) (21) (21) (21) (21)
03	500f. 08:00 500f. 08:00 500f. 08:00 500f. 08:00
04	500f. 08:00 + 100f. 08:00 500f. 08:00 500f. 08:00 500f. 08:00
05	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
06	100f. 08:00 + 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
07	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
08	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
09	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
10	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
11	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
12	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
13	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
14	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
15	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
16	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
17	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
18	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
19	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
20	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
21	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
22	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
23	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
24	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00
25	100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00 100f. 08:00

PACIENTE: DAU C SIAU ELEA DE SOUZA DN: JZ 1091 AD 44
NOME DA MÃE: MRS HE MARIA DE SIEGELA DE SOUZA PRONTUARIO: JZ 0986
SETOR: ASSISTÊNCIA PESSOAL DATA: 01/01/1988 CONVENIO: SUS

PRESCRIGAO MEDICA

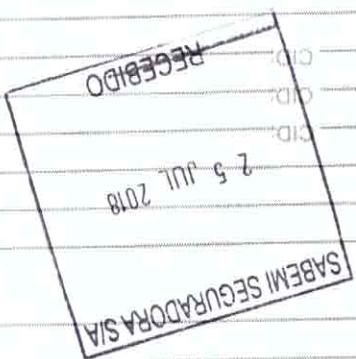
HOSPITAL SÃO LUCAS

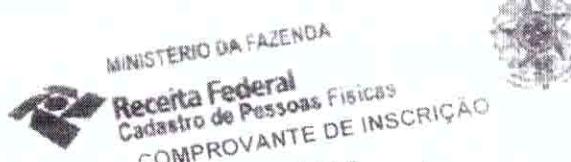
PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucaga; SNC = Sonda Nasogastrica; SNE = Sonda Nasoenterica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiluição; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

HOSPITAL SÃO LUCAS | PRESCRIÇÃO MÉDICA | RUA SÍLVIO MEDEIROS DE SOUZA, 1243/B | CENTRO | SÍLVEIRA MARCACI | PRESIDENTE PRUDENTE | SP-13540-000 | FONE/FAX: (17) 3222-1111

ANESTESIA							
Paciente: Raul Siqueira de Souza							
ADMINS: Data da Int: 02/01/2018 D1 de Nasr: 12/09/1999 Convênio: PARTICULAR Protótipo: 124786							
PACIENTE: Nome da Mãe: Marília de Nazaré Siqueira de Souza Município: CRATÉUS-CE							
TRPO DE CIRURGIA: LETO							
IDADE: 18 PESO: 71 ALTURA: 171 TEMPERATURA: 36.8 URINA: 115/60	TEMPO DE SALA:						
TPG SANGLINHO: HEMOGLOBINA: HEMATOCTIO: GLUCEMA: UREIA: URINA							
AP RESPIRATORIA: ASMA: BRONQUITE							
AP CIRCULATORIA: ECG: ALEGRIA: PESCOÇO: DENTES: PESCOÇO: ALEGRIA							
AP DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: ATARDOS: SATISFAÇÃO: EXCITAGAO: TOSSE: NASEAS: VOMITOS: OUTROS:							
ANESTESIAS ANESTÉSICAS: MEDICAGAO PRE-ANESTESICA: HORARIO: 11:55 20:27							
APURINARIA: ATARDOS: ESTADO MENTAL: RISCO: ATARDOS: SATISFAÇÃO: EXCITAGAO: LENTIA: TOSSE: NASEAS: VOMITOS: OUTROS:							
DIAGNOSTICO PRE-OPERAÇÃO: AGUDA: CORTICOIDES: INDAGAO: MANUTENGAO: NAO PORQUE: () NAO ANESTESIA SATIFATORIA:							
SÍMBOLOS: ANOTADORES 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260							
POSICAO: AGENTES: 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260							
TECNICA: AGENTES: 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260							
CIRURGIA: AGENTES: 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260							
CRUROLOGIA: AGENTES: 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260							
VOLUME SANGLINHO REPOSTO: TENDO UTRURICO: DURAGAO TOTAL DA OPERAGAO: ANESTESISTAS							
PERDA SANGLINHA APÓXIMAADA: CONDIGAES: BALAGO: CIRURGIA:							
BALAGO: CONDIGAES: CIRURGIA:							
15 JUL 2018 RECEBIDO							

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS		FICHA DE REFERÊNCIA		HOSPITAL SÃO LUCAS	
1. Preencher essa ficha em 3 vias!		2. Ao lembrar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 3ª via à Unidade de Saúde.		ADMINTSTRAÇÃO SACCALLO	
Nome: _____		Endereço: _____		Distrito/Santíssimo: _____	
Pronúncio N°: _____		Ocupação: _____		Município: _____	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data de Nascente: _____		Bairro: _____		Residado de Diagnóstico: _____	
Pronúncio N°: _____		Tel.: _____		Móvel de Encaminhamento: _____	
Nome: _____		Município: _____		Consulta já realizada: _____	
Pronúncio N°: _____		Endereço: _____		Processo Diagnóstico: _____	
E-mail: _____		Pronúncio N°: _____		Atividade de Encaminhamento - Re-Register	
Unidade de Referência: _____		Profissional: _____		Procedimento: _____	
Unidade de Referência: _____		Profissional: _____		Encaminhamento para atendimento: <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Auxílio Diagnóstico	
Município: _____		Pronúncio N°: _____		Unidade de Referência: _____	
Alia: _____		Pronúncio N°: _____		Unidade de Referência: _____	
Resumo Clínico / Diagnóstico		Resumo Clínico / Diagnóstico		Resumo Clínico / Diagnóstico	
Diagnóstico: Principais _____		Diagnóstico: Principais _____		Diagnóstico: Principais _____	
Segundário 1: _____		Segundário 2: _____		Segundário 2: _____	
Segundário 3: _____		Segundário 4: _____		Segundário 4: _____	
Proposta de Consulta para seguimento: _____		Proposta de Consulta para seguimento: _____		Proposta de Consulta para seguimento: _____	
O problema justifica a referência? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		O motivo de referência coincide com o Diagnóstico? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		O motivo de referência coincide com o Diagnóstico? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Data: _____		Data: _____		Data: _____	
Função: _____		Função: _____		Função: _____	
Assinatura do Consultante - N° Registro: _____		Assinatura do Consultante - N° Registro: _____		Assinatura do Consultante - N° Registro: _____	
Data: _____		Data: _____		Data: _____	





ESTERIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE IN-

Comprovante de Inscrição

Número
082.707.253-82

Name _____

Nome
ELEONORA DE SOUZA

Nascimento

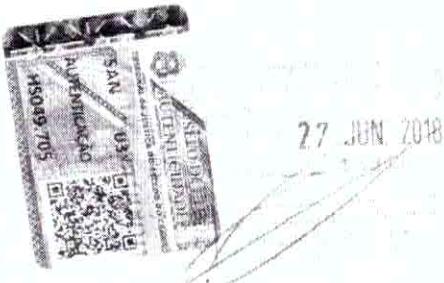
Naschitz
12/09/1999

12/09/1995
CARBOVA

COM PROVA

380 -

12/09/15
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIDADE



27 JUN 2018



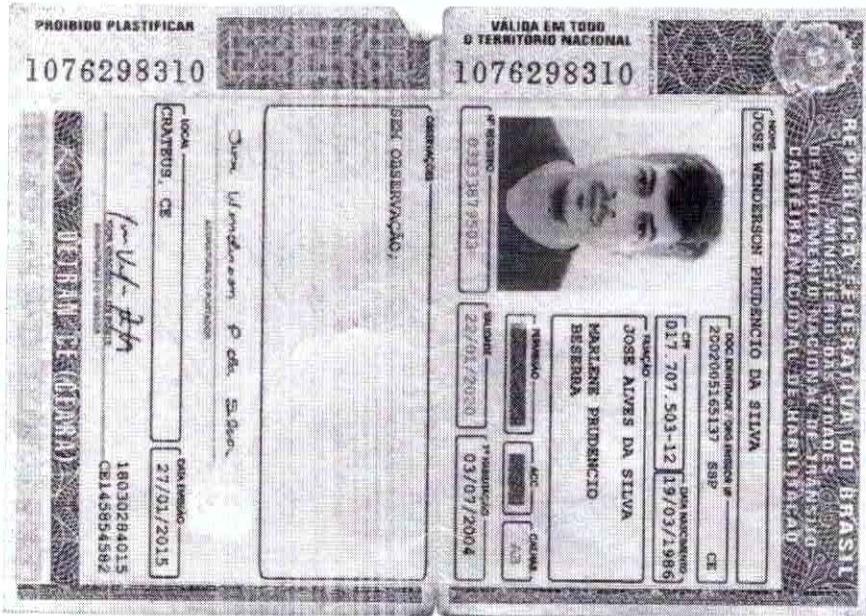
CÓDIGO DE CONTROLE
B912.997A.A54E.C894

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.caixa.gov.br

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 12:29:23 do dia 17/12/2015 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00





SABEM S. GURADORA SIA

25 III 2018

RECEBIDO



... para os efeitos civis, a presente
copia reproduzida do documento que fui fe-
chado, em Cartório para parte interessada.
Dado o dia de CRATÉUS 27 JUN. 2018
Em Test. _____ de Verdade.
Por Antônio Barreto Cavalcante - Oficial
de Justiça - Juiz de Direito - Substituto
do Ministério Público - Parentel - Sollustine
- Poder Judiciário - Rio Grande do Norte - Brasil



PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341318 **Data do acidente:** 31/12/2017
Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA **Atendimento:** HOSPITAL
Cidade: Crateús **UF:** CE **Análise:** Primeira Análise
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A **Data:** 17/10/2018 16:13:57

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DO PE NE - **Internação:** Não

Tratamento: CIRURGICO **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.07.29.15-7	FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	2000,00	788,64
Materiais			4300,00	0,00
Total da Análise Atual			6300,00	788,64

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: NOTA FISCAL Nº 100188 NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	6300,00	788,64	788,64
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	6300,00	788,64	788,64

TOTAL PLEITEADO: 6300,00 **TOTAL AVALIADO:** 788,64 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 788,64

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROCURAÇÃO

Outorgante: RAVL SIQUEIRA DE SOUZA..... brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua S. LUIZ ESCURO, nº 514, bairro..... Municipio de CRATEUS, Estado de(o) CEARA, Cep 63.700-000, portador(a) do Rg nº 2016071439-0, SSP/CE e CPF nº 082.707.253-82.

Outorgado: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA..... brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOME, residente e domiciliado(a) à Rua MULHER FE, nº 50, bairro SÃO VICENTE, Municipio de CRATEUS, Estado de (o) CEARA, Cep: 63.700-000, portador (a) do RG nº 70020096503SSPI/CE..... e CPF nº 017.709.501-12.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) RAVL SIQUEIRA DE SOUZA ocorrido em 31.12.17, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

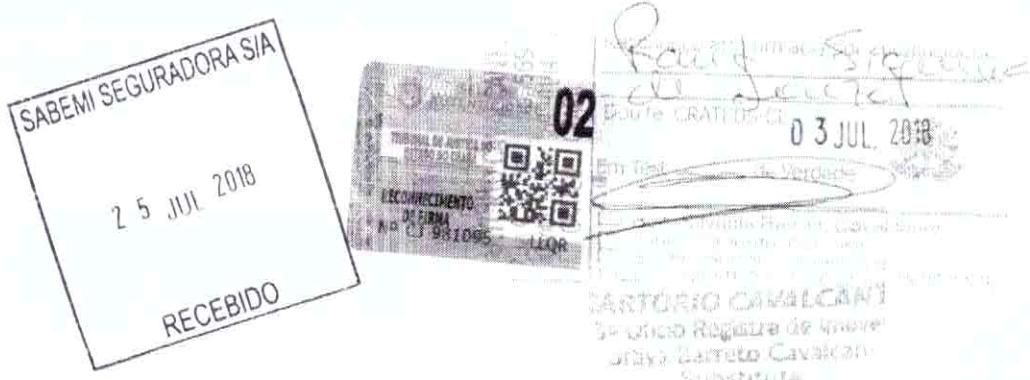
CRATEUS/CE, 03, de JULHO de 2018.

X Paul Siqueira de Souza

Outorgante

CPF Nº 082.707.253-82

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271085/18

Número do Sinistro: 3180341318

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF: 082.707.253-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2017

Titular do CPF: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RAUL SIQUEIRA DE SOUZA : 082.707.253-82

Autorização de pagamento

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/09/2018

Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

Data do cadastramento: 28/09/2018

Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

KARINE SANTANA ROMUALDO