

RECEITUÁRIO

LAVDO

Paciente Líbia Viana
Regenda Sanfame Sepru
pretava distal do membro Dte
em 21/09/2016, submetida
a tratamento cirúrgico com
anestesia e prótese para
fornecer certa independência
funcional do membro Dte.
por ser emobilizadora +
limitação dos movimentos
tor (60%) e do membro Dte.
e definitiva
CID S-52.5

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

LÍBIA CORRETORES DE SEG. LID
28 FEV. 2018
ASS: _____

Fortaleza, 22/02/18



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: LILIA MOEMA REZENDE SANTANA brasileiro(a),
 estado civil CASADA, profissão DO LAR inscrito(a) sob o CPF nº
218.879.003-06 e RG nº _____, residente
 e domiciliado na Rua S. LUIZ GATANH, APT 500, nº 72,
 Bairro MEIRELES, na cidade de FORTALEZA - CE, telefone _____
 abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 99811.1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 23 de ABRIL de 201 8.

[Assinatura]

OUTORGANTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

3180097055



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 652 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/02/2018 09:23:54**
Data / Hora da Ocorrência: **21/09/2016 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DEPUTADO MOREIRA DA ROCHA C/**
Complemento: **RUA MONSENHOR BRUNO**
Bairro: **MEIRELES** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LILIA MOEMA REZENDE SANTANA**
Nascimento: **08/06/1961** CPF: **218.879.003-06**
CNH: **02105531240** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA DA GLORIA REZENDE SANTANA**
JOAO TURIBIO MONTEIRO DE SANTANA
Endereço: **RUA SILVIA JATAHY, 72 AP 500 (999924171)**
Bairro: **MEIRELES**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: **(85) 3068-2472**
CEP: **60.165-070**

DOCUMENTO ORIGINAL

UF: CE
LIBIA CORRETOIRA DE REG. JUD.
28 FEV. 2018

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSJ5108** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi: **9C2JD2310ER501064** Renavam: **1008298520** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR125 BROS KS** Ano: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **CORPVS COR DE VIG PARTICULARES LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, GUIAVA UM BICICLETA PELA CICLOFAIXA NA RUA DEPUTADO MOREIRA DA ROCHA; QUE UMA MOTO DE PLACA OSJ-5108, QUE VINHA NA RUA MONSENHOR BRUNO, QUE AO TENTAR ENTRAR NA RUA DEPUTADO MOREIRA DA ROCHA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA E PELA CICLOFAIXA, QUANDO OCASIONOU A COLISÃO COM A BICICLETA EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED FORTALEZA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/02/2018 09:40:25



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/09/2018 às 10:25, sob o número 01661648020188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0166164-80.2018.8.06.0001 e código 3D61BDC.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 652 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
28 FEV. 2018
 ASS: _____





Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
AMC - AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Nº: B021751



DATA: 21/09/2016 HORA DA OCORRÊNCIA: 21:21 DIA DA SEMANA: Quarta-feira

VIA 1: RUA DEPUTADO MOREIRA DA ROCHA, NUL

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ
TIPO DE PISTA: SIMPLES
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA P/ SENTIDO: 2
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: BOM ESTADO
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

VIA 2: RUA NONSENHOR BRUNO, NUL

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ
TIPO DE PISTA: SIMPLES
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ
FAIXA P/ SENTIDO: 1
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: RAMPAS ASCENDENTE
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: BOM ESTADO
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

DATA 22/11/16
CONFERE COM O ORIGINAL
Assinatura

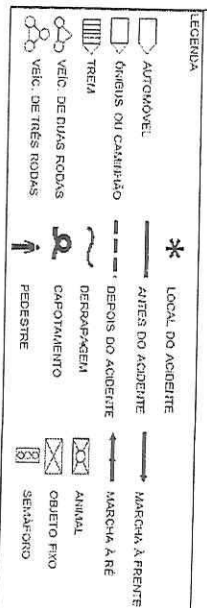
Assinatura

2. ACIDENTE
TIPO DE ACIDENTE: COLISÃO FRONTAL ELEMENTO / PROPRIEDADE ATINGIDA: NÃO INFORMADO
QUANTIDADE DE VÍTIMAS:

Condutores Ilesos: 1	Passageiros Ilesos: 0	Pedestres Ilesos: 0
Condutores Feridos: 1	Passageiros Feridos: 0	Pedestres Feridos: 0
Condutores Mortos: 0	Passageiros Mortos: 0	Pedestres Mortos: 0

QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:
Danificados: 2 Sem Danos: 0 Evadidos: 0

3. CONDIÇÕES DO LOCAL
TEMPO: BOM
LOCAL: RESIDENCIAL
ILUMINAÇÃO: VIA ILUMINADA
TIPO DE CRUZAMENTO: CRUZ
SUPERFÍCIE DA PISTA: SECA
CONTROLE DE TRÁFEGO: PARE



4. DETALHES DOS VEÍCULOS

VEÍCULO 1 PLACA: OSJ5108

COR:	VERMELHA	MARCA/MODELO:	HONDA
TIP O:	MOTOCICLETA	ANO FABRICAÇÃO:	2013
ESPÉCIE:	OUTROS	CATEGORIA:	PARTICULAR

LIBIA CORRETORA DE SEG. J. 28 FEV. 2018



MANOBRA REALIZADA:
VIRANDO À DIREITA



DATA 28/10/16
CONFERE COM O ORIGINAL
Sabrina

5. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

ENVOLVIDO 1: LILIAN MOEIRA REZENDE SANTANA - CONDUTOR

DT. NASC.: 08/06/1961 SEXO: FEMININO CPF: 218.879.003-06
IDENTIDADE: SITUAÇÃO: CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA:

AMC - AMC 115 - LUANA

Nº REGISTRO CNH: PRIMEIRA CNH:
CATEGORIA CNH: VALIDADE CNH:

ENVOLVIDO 2: JOSÉ EDMAR DE OLIVEIRA LIMA - CONDUTOR

DT. NASC.: 11/11/1989 SEXO: MASCULINO CPF: 034.907.133-03
IDENTIDADE: SITUAÇÃO: CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA:

Nº REGISTRO CNH: 04756272109 PRIMEIRA CNH:
CATEGORIA CNH: PERMISIONADO A VALIDADE CNH: 26/03/2019

6. ORGÃOS ACIONADOS

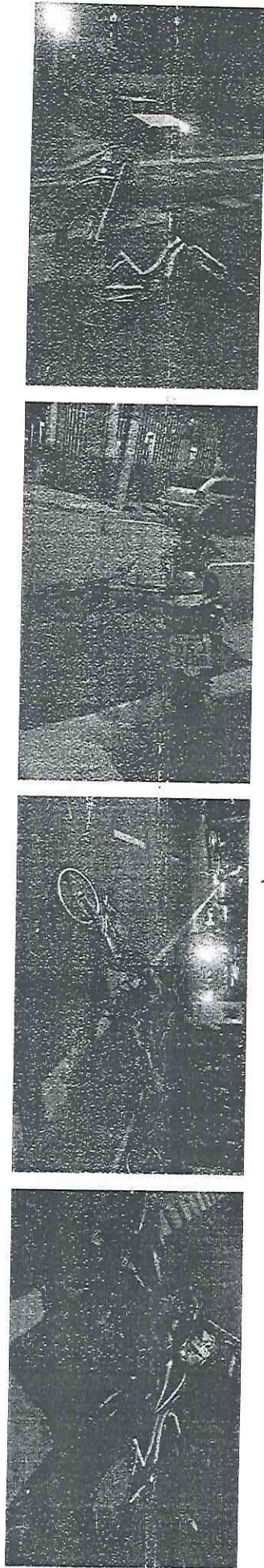
EXPOSICAO DO ACIDENTE

B021751

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MONICA ALMEIDA DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceara, protocolado em 26/09/2018 às 10:25 , sob o número 01661648020188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0166164-80.2018.8.06.0001 e código 3D61BDC.



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
28 FEV. 2018
ASS:

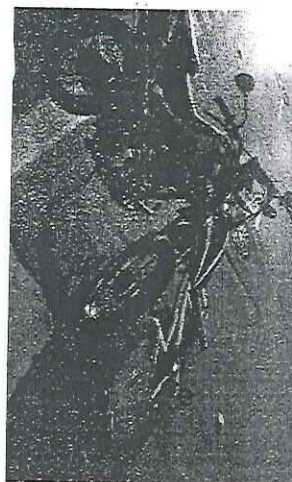


DATA 22 / 11 / 16
CONFERE COMO
ORIGINAL
Assinatura Saburina

CHAVE DE AUTENTICIDADE: abfe2a5c6bde4802c43b10a41fc4ecc22

PAGINA 3 DE 4

Terça-feira 22 Novembro 2016



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
28 FEV. 2018
ASS: _____



DATA 22/11/2016
CONFERE COMO
ORIGINAL
Assinatura

8. MATRICULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA
45608

Terça-feira 22 Novembro 2016

PÁGINA 4 DE 4

CHAVE DE AUTENTICIDADE: abfe2aecbde4802c4ab10a41fc4ecce22 - Para consultar a autenticidade do documento acesse: http://geooffortaleza.ce.gov.br/boweb_amm/chaveBOAT.shtml

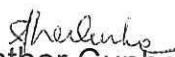


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e ao processo nº **P428632/2016**, que o SAMU 192 Regional Fortaleza prestou atendimento a Sra. **Lilia Moema Rezende Santana**, no dia **21/09/2016**, às **20h40min**, na **Rua Monsenhor Bruno**, no **Bairro Meireles**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendida no local e removida para o Hospital Regional Unimed.

Fortaleza, 21 de novembro de 2016

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
28 FEV. 2018
ASS:

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LILIA MOEMA REZENDE SANTANA

CPF da Vítima

218.879.003.06

Data do Acidente

25-09-2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

RECUSO

Telefone (DDD)

085988541887

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

FORTALEZA, 28 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Paciente: 70455030 - LILIA MOEMA REZENDA SANTANA
Mãe: MARIA DA GLORIA REZENDA SANTANA
Data Nasc.: 08/06/1961 Sexo: Feminino
Carteira: 0990010000587010
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 55 Anos 3 Meses 13 Dias
Atendimento: 0004964317
Data Atendimento: 21/09/2016
Profissão:
Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

21/09/2016 22: 22:11
11

QUEIXA PRINCIPAL

COLISÃO ENTRE BICICLETA E MOTO

HDA

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-BICICLETA HÁ 1 HORA, REFERE DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO. NEGA CEFALÉIA, DESMAIOS, NAUSEAS, DORES ABDOMINAIS OU OUTRAS QUEIXAS.



CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO

PRESENÇA DE DEFORMIDADE EM PUNHO D
FC: 75 BPM FR: 18 IRPM
EUPNEICA, ORIENTADA E CONSCIENTE

Verônica M. F. Ferreira Lima
Téc. em Saúde - Administração

HIPOTESE DIAGNOSTICA

TRAUMA EM PUNHO D

CID: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

COMORBIDADES

- ☐ ASMA ☐ AVC ☐ HIPOTIREOIDISMO ☐ PNEUMOPATIA ☐ DPOC ☐ HAS ☐ HIPERTIREOIDISMO
☐ IRC ☐ DIABETES ☐ TABAGISMO ☐ CANCER ☐ OBESIDADE ☐ DOENÇA CONTAGIOSA
☐ CARDIOPATIA ☐ ETILISMO ☐ OUTROS

CONDUTA

- ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ MEDICAÇÃO ☐ IMAGEM ☐ LABORATORIO ☐ ALTA ☐ INTERNAÇÃO

Dra. Jovita Veras
Cirurgia Geral
CRM 11198

FRANCISCA JOVITA DE OLIVEIRA VERAS

CRM: 11198

LIBIA CORREIA DE S. S. DA
28 FEV. 2018
ASS:

Prescrição.: 2603553 Data: 21/09/2016 - 23:23 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M02076
Atendimento: 4964317 - Paciente: LILIA MOEMA REZENDA SANTANA
Data Nascimento: Dt Nasc: 08/06/1961 (55a 3m 15d)
Médico.....: TADEU LEANDRO VIEIRA - CRM 2076
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: EMERGENCIA 24H - ADULTA Leito... Cobertura:
Cid..... Ciclo... /
Diagnóstico:
Protocolo...
Classificação de Risco: URG

Classificação de Risco URGENTE

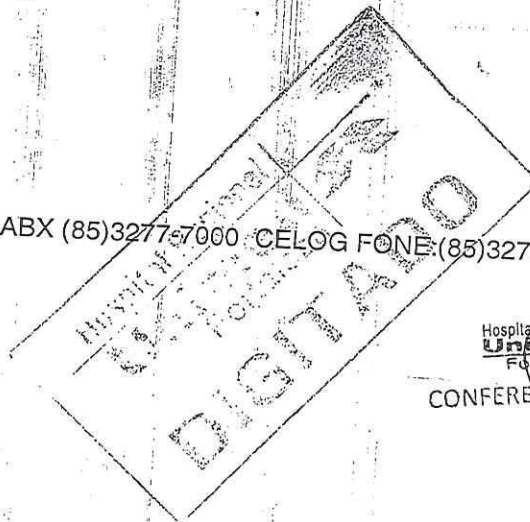


PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3		FA		EV	1 x ao dia	[21/09] 23:25
CETOPROFENO 100MG FA + 100ML SF0,9% Obs.: DOR						

HRU - PABX (85)3277-7000 CELOG FONE (85)3277 7729, FAX: (85)3277 7118



[Signature]
TADEU LEANDRO VIEIRA
CRM 2076

Hospital Regional
Unimed
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

LILIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
28 FEV. 2018

Verônica M. Pereira Lima
Téc. em Secretariado - Administração



Relatório Médico

Paciente Liliana Moema Rezende
 Santana foi vítima de trauma em
 punho (D) no dia 21/09/2016
 apresentando fratura de rádio distal (D).
 Foi submetida a tratamento cirúrgico
 sem intercorrências no dia 29/09/16.
 Deve fazer uso de umobilização e sem
 carga por tempo mínimo de 60 (sessenta)
 dias. CIO: 5525

Lauro Cosme dos Reis Neto
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM: CE14847

Dr. Lauro Reis Neto
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - CE: 14847

11/10/16

ortopedia
 traumatologia
 radiologia óssea
 densitometria óssea
 ginecologia
 reabilitação
 pronto atendimento
 dayclinic

OSTEO - Ortopedia e Traumatologia Ltda. CNPJ 63.375.455/0001-01
 Av. Pontes Vieira, 2651 - Dionísio Torres - PABX: (85) 4009.0404
 CEP: 60.135-238 - Fortaleza - CE e-mail: laurocosme2@hotmail.com

LILIA CORRETORA DE SEG. LTDA
 28 FEV. 2018

ASS: _____



Prescrição.:2603498 Data:21/09/2016 - 22:12 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M011198
Atendimento: 4964317 - Paciente: LILIA MOEMA REZENDA SANTANA
Data Nascimento: Dt Nasc: 08/06/1961 (55a 3m 15d)
Médico.....: FRANCISCA JOVITA DE OLIVEIRA VERAS - CRM 11198
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: EMERGENCIA 24H - ADULTA Leito.: Cobertura:
Cid.....: Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Classificação de Risco:URGENTE



PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2	RX PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS ; Exame: 2074355 Justificativa: TRAUMA EM PUNHO D	1					

Dra. Jovita Veras
Cirurgia Geral
CRM/11198

FRANCISCA JOVITA DE OLIVEIRA VERAS
CRM 11198

HRU - PABX (85)3277-7000 CELOG FONE:(85)3277 7729, FAX:(85)3277 7118

LÍLIA CORRETOIRA DE SEG. JDA.
28 FEV. 2018

ASS:



Prescrição.:2603497 Data:21/09/2016 - 22:11 DIAS INTERNADO:0 Dias - Usuário:M011198
Atendimento: 4964317 - Paciente: LILIA MOEMA REZENDA SANTANA
Data Nascimento: Dt Nasc: 08/06/1961 (55a 3m 15d)
Médico.....: FRANCISCA JOVITA DE OLIVEIRA VERAS - CRM 11198
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: EMERGENCIA 24H - ADULTA Leito...: Cobertura:
Cid.....: Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Classificação de Risco:URGENTE



PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	RX ANTEBRACO ; Exame: 2074353 Justificativa: TRAUMA EM ANTEBRAÇO D	1					

Dra. Jovita Veras
Cirurgia Geral
CRM 11198

FRANCISCA JOVITA DE OLIVEIRA VERAS
CRM 11198

HRU - PABX (85)3277-7000 CELOG FONE:(85)3277 7729, FAX:(85)3277 7118

LÍLIA CORRETORA DE SEG. UDA
28 FEV. 2018

ASS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1544874953 NOME LILIA MOEMA REZENDE SANTANA DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 234740 SSP PI CPF 218.879.003-06 DATA NASCIMENTO 08/06/1961 FILIAÇÃO JOAO TURIBIO MONTEIRO DE SANTANA MARIA DA GLORIA REZENDE SANTANA PERMISSÃO [] ACC [] CAT. HAB. 13 Nº REGISTRO 02105531240 VALIDADE 25/09/2022 1ª HABILITAÇÃO 02/02/1982							
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;							
PROIBIDO PLASTIFICAR 1544874953 LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 02/10/2017 ASSINATURA DO PORTADOR [Signature] ASSINATURA DO EMISSOR [Signature] CEARÁ							

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

28 FEV. 2018

ASS: _____

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA hILIA MOEMA REZENDE SANTANA
DATA DO ACIDENTE 25-09-2016 CPF DA VITIMA 218.939.003-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 02105531240
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É hILIA MOEMA REZENDE SANTANA
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: SILVIA SATANH
Nº 72 COMPLEMENTO AP 500 BAIRRO NEIRELES
CIDADE FORTALEZA UF C.E CEP 60.465.070
E-MAIL RECUSO TELEFONE (85) 9 8854 1837

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA FORTELEZA 28.02.18
IDENTIDADE 02105531240
ASSINATURA [assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

238.879.003-06

Nome completo da vítima

LILIA MOEMA REZENDE SANTANA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LILIA MOEMA REZENDE SANTANA		CPF titular da conta 238.879.003-06	Profissão RECUSO
Endereço RUA: SILVIA JATAHY		Número 72	Complemento AP 500
Bairro MEIRELES	Cidade FORTALEZA	Estado CEARA	CEP 60.165.070
Email RECUSO		Telefone (DDD) 085988541887	

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

- ☒ RECUSO 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)

☐ 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

NRO

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(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 conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FORTALEZA, 28 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **507362545**
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438 de
 26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JAN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
4545636 DV **4**

VENCIMENTO
25/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
372,53

Rota 01 01120 56 053400
 Nome **LILIA MOEMA REZENDE SANTANA**
 Endereço Postal

Medidor **2035667**
 Poste **0090 B09E**

End. da Unidade Consumidora **RU SILVA JATAHY 00072 AP 500 MEIRELES FORTALEZA 60165070**

RG / CPF / CNPJ **218.879.003-06** CGF

Classe **01-RESIDENCIAL, TRIFASICA**

Fator de Potência **0**

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP 42270	41844	1	426	0	426

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	426	0,74222	316,18

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
03/01/2018	01/02/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2995.478B.B4C0.BF5C.DFB6.FA9D.A1BE.7FF4

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
316,18	27%	85,36

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	105,86
TRANSMISSÃO	10,58
DISTRIBUIÇÃO	71,90
ENCARGOS SETORIAIS	24,88
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	102,96

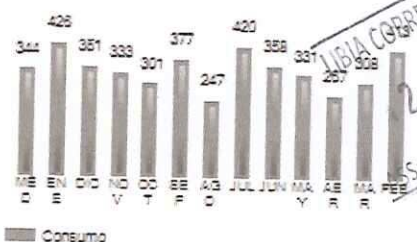
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 74,94
 Conjunto

Mês **NOV/ 2017**

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

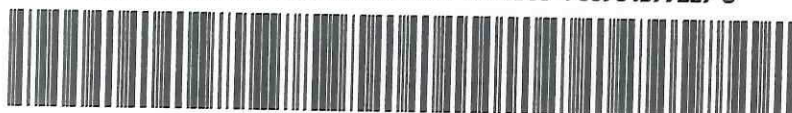


INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente: **4545636-4** N° da Nota Fiscal: **507362545** Total a Pagar (R\$): **372,53**
 Data de Emissão: **10/01/2018** Referência: **JAN/2018** N° de Controle: **0004545636 00076 4377 2 04**

83880000003-8 72530031000-5 00045456360-4 00764377217-8





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 515442043

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

MAR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
4545636 DV **4**

VENCIMENTO
25/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
266,53

Rota 01 01120 56 053400

Medidor

Poste

Nome LILIA MOEMA REZENDE SANTANA

2035667

0090 B09E

Endereço Postal

End. da Unidade

RU SILVA JATAHY 00072 AP 500 MEIRELES FORTALEZA 60165070

Consumidora

RG / CPF / CNPJ

218.879.003-06

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, TRIFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☐ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 43147

42842

1

305

0

305

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

02/03/2018

Prev. Próxima
Leitura

02/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E520.EF1E.CC4F.33B2.2E52.C0E8.C713.9E75

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

210,69

Alíquota

27%

Valor do Imposto

56,88

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês JAN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 MAR. 2018

ASS: 0074157/18

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

4545636-4

N° da Nota Fiscal: 515442043

Total a Pagar (R\$): 266,53

Data de Emissão:

14/03/2018

Referência: MAR/2018

N° de Controle: 0004545636 00078 4379 2 29

83800000002-5 66530031000-8 00045456360-4 00784379231-8



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0074157/18
Vítima: LILIA MOEMA REZENDE SANTANA
CPF: 218.879.003-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/09/2016
Titular do CPF: LILIA MOEMA REZENDE SANTANA

DOCUMENTOS ENTREGUES**Sinistro**

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LILIA MOEMA REZENDE SANTANA : 218.879.003-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/02/2018
Nome: LILIA MOEMA REZENDE SANTANA
CPF/CNPJ: 218.879.003-06

3180097055
LILIA MOEMA REZENDE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

- /Pages/Acessibilidade.aspx
- /Pages/Atalhos-de-Atendimento.aspx

DOCUMENTOS PARA INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicais.aspx)
- Documentos Invalidiz. Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidiz-Permanente.aspx)
- Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-Indenizacao.aspx)

FAÇA SEU PAGAMENTO

- Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
- Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

- Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

29 1.687,50

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é

SINISTRO 3180097055 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LILIA MOEMA REZENDE SANTANA

COBERTURA Invalidiz.

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LUBIA CORRETOIRA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO LILIA MOEMA REZENDE SANTANA

CPF/CNPJ: 21887900505

Posição em 25-09-2018 12:48:39

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

10/04/2018 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/04/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidiz.	https://sistdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/2h2q3qwj2y5FcQsWkoXlrw==/JNn7ySuMLF:/GyJgWU7GfRiur0V23P3Q.../Ar85A482Ep3YhePlo/kqj+EU8IGRh4A__mkB)wtqwfFiaXK33gE0rVGimsA317JDIv+9Lustd54jUS55jweplib312zEvk
24/03/2018	Exigência Documental	https://sistdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8KdiCu5Yha3a2aizN19v4g==/JuDm+e__TL/09fEBY76uc+5EgQ8GEj1w==/S12BklrTTsum21VQzZ2ULOAb8+5Q1SS6H8y9H4qetrdQcVtrVnD7EsdNL2Hv7api_key
14/03/2018	Interrupção de Prazo	https://sistdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4QD+DMVIV/ACBHCmkue00Q==/P333yXk2/fhe0+CW+MgNhb0ma/cmQ==/54kA3tpC+RNlaEw2RD2IANg1NLXfkgz+Uad5UTVWAbSvOTNyn2gZMAROIYGPf7api
03/03/2018	Aviso de Sinistro	https://sistdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/VY4ocq4usTwy5c11D+Am+Df5v+E20IQ57/HeNpP1r4HCU021oLz2Ng==/79USVAH1PK855ah3jgV29FW5Lg1chmsq5UR0LDqjG4bRDj5YVVG__khDLK2CvN37a

Serviços

- Acompanhe seu processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
- Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- Sabia Como Pagar (/Pages/Sabia-como-pagar.aspx)
- Pontos de Atendimento (/Pages/Pontos-de-Atendimento.aspx)
- Como Pedir Indenização (/Pages/Como-Pedir-Indenizacao.aspx)

Dúvidas e Respostas

- A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-Indenizacao.aspx)
- Dicionário do Seguro DPVAT (/Pages/Dicionario-do-Seguro-DPVAT.aspx)
- Perguntas Frequentes (/Pages/Perguntas-Frequentes.aspx)

Atendimento

- Chat - Atendimento On-line (/Contato-Chat-e-Atendimento-On-Line.aspx)
- Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato-Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx)
- Telefones de Contato (/Contato-telefones-de-contato.aspx)
- Ouvindoria (/Contato-Ouvindoria.aspx)
- Canal de denúncias (/Contato-transal-de-Denuncias.aspx)
- Mapa do Site (/Mapa-do-Site.aspx)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Useo.aspx)