
Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190020880

Vítima: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190020880

Vítima: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar

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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190020880

Vítima: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 09/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	003.430.233-06	MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA	003.430.233-06	
Profissão:	Endereço:	Complemento:
AGRICULTORA	RUA ODETE RODRIGUES	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	SÃO JOÃO DO JAGUAIBE	CEARÁ
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	62965.000	(85) 9-9990-0500

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

RENDA MENSAL:
☒ 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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL AGÊNCIA: 43826 CONTA: 30.601
---	--

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: LIMOEIRO DO NORTE, 20 DE DEZEMBRO, 2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Maria Lusiene de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

BANCO DO BRASIL S.A.

20/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 12.08.19
0438272928

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 4382-6 CONTA: 10.601-1
CLIENTE: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
23/10/2018		
Saldo Anterior		0,00C
14/12/2018		
Deposito Online	600110	20,00C
S A L D O		20,00C

LANCAMENTOS FUTUROS:

2012 PAGOT SEQU



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

Impresso nº 2018179546

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 1180 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/10/2018 09:39:36**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2018 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR 116**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: **PEIXE GORDO**

Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA**
Nascimento: **14/06/1964** CPF: **001.430.233-06**
RG: **2001097051135** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **RAIMUNDA COSTA DE OLIVEIRA**
RAIMUNDO ROSENO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA DETE RODRIGUES, 87**
Bairro: **CENTRO**
Município: **SAO JOAO DO JAGUARIBE/CE**
País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 99943-7627**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSQ1686** Uf: **CE** Município: **SAO JOAO DO JAGUARIBE** Chassi: **9C2KC1650ER013703** Renavam: **597696969** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA MARIA LUCAS ANASTACIO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que quando vinha de Limoeiro do Norte para São João do Jaguaribe, próximo a ponte de Peixe Gordo um porco atravessou a BR 116, mas não deu tempo o condutor da motocicleta parar, vindo a colidir com referido animal; QUE, o condutor do veículo era JOSÉ CLEUDIVAN DE LIMA, filho de ZACARIAS ELIZEU e MARIA CREUSA DO NASCIMENTO, nascido em 19/05/1980, RG 20160614761 SSPDS/CE e CPF nº 633.197.21-72; QUE, a noticiante vinha na garupa da motocicleta de PLACA OSQ-1686/CE; QUE, foi socorrida pela ambulância de Tabuleiro do Norte para a Casa de Saúde Maternidade Celestina Colares de Tabuleiro do Norte; QUE, em razão do acidente teve "FRATURA OBLÍCUAS LOCALIZADAS NO OSSO MAXILAR DIREITO, ESTENDENDO-SE PARA O ESFENOÍDE E ARCO ZIGOMÁTICO IPSILATERAIS, COM HEMOSSINUS E ENVOLVIMENTO DO ASSOALHO DA ÓRBITA ASSOCIADOS.", bem como "FRATURA TRANSVERSA DA REGIÃO METAFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO". E nada mais disse e lhe foi perguntado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Luziêne de Melo Oliveira*
X Maria Lusienne de Oliveira

DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

Consolidado em: 25/10/2018 10:21:16

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/10/2018 10:21:16

253853

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

09 JAN 2019

RECEBIDO



AUTENTICAÇÃO

Confere com o original. Data:

14 DEZ. 2018

UF: CE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE



Impresso nº 2018179546

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 555 - 1180 / 2018

LINAMÁRIA DE MELO OLIVEIRA - MAT.: 30089510

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Amorim Rosiane de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICENTE DESSOTO CAVALCANTI - MAT.: 30120426



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ **SABER SE O SEGURADO É VÍTIMA**

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

003.430.233-06

MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

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

Nome completo:

MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Profissão:

AGRICULTORA

Endereço:

RUA ODETE RODRIGUES

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SÃO JOÃO DO JAGUAIBE

Estado:

CEARÁ

CPF:

003.430.233-06

Complemento:

CASA

E-mail:

62965.000

Tel.(DDD):

(85) 9-9990-0500

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
e gravação
da vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, LIMOEIRO DO NORTE, 20 DE DEZEMBRO DE 2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

BANCO DO BRASIL S.A.

20/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 12.08.19
0438272928

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 4382-6 CONTA: 10.601-1
CLIENTE: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
23/10/2018		
Saldo Anterior		0,00C
14/12/2018		
Deposito Online	600110	20,00C
S A L D O		20,00C

LANCAMENTOS FUTUROS:

2012 PAGOT SEQU



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E-mail: coordenapsf@gmail.com



Sistema
Único
de Saúde
Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

SABEMI SEGURODORA S/A

Unidade de Origem: H. Tabuleiro do Norte

Distrito Sanitário: _____ Município: Tabuleiro do Norte

Nome: M^{te} Luíza da Oliveira

Sexo: M () F () Idade: 62 Ocupação: _____

Endereço: São João Bairro: _____

09 JAN 2019
RECEBIDO

Motivo do Encaminhamento: Distúrbio na função e dor após

acidente de moto, com TAC de maxila
Resultados de Exames: 05-1-17 fraturas da maxila e do
doença aguda, sem sinais de infecção e dor

Conduta já realizada: fraturas da maxila e zigoma

Impressão diagnóstica: _____ C.I.D.: _____

Assinatura do Encaminhamento: Dr. Karel Ricardo Colazzo Função: Médico Data: 09/01/19 Hora: 17:20

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar (x) Auxílio Diagnóstico ()

Especialidade: _____ Profissional: Placental

Unidade de Saúde: H. Tabuleiro do Norte Data: 09/01/19 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Nome: _____ Sexo M () F () Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: _____ / _____ / _____

Resumo Clínico: _____

Resultado dos Exames: _____

Diagnóstico: _____ C.I.D.: _____

Conduta Realizada: _____

O problema justificou a referência?

SIM ☐

NÃO ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

SIM ☐

NÃO ☐

09 JAN 2019

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA LUSTENE DE OLIVEIRA,RG nº 001097051135, data de expedição 05/06/2011, Órgão SSP,

CPF nº 001.430.233-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ODETE RODRIGUES</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>SÃO JOÃO DO JAGUARIBE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62965.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9-9990-0500</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limoeiro do Norte, 20 de dezembro de 2018Assinatura do Declarante: Maria Lustene de Oliveira

Para utilizar seu atendimento, utilize o nº colmeia sempre que entrar em contato. Obrigado.

Associação Brasileira de Normas Técnicas
Rua Paschoa Velho, 150
CEP 04538-040 | Foz de Iguaçu, PR
047261.0000-70 | CEF 08.105.048-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 547382311

Folha 19 25100 11 083500 - 6 Data de Emissão 27/10/2018

Nome MARIA GLEISIDENE DE OLIVEIRA

End. Postal RU ODETE RODRIGUES
C. JOAO LACUABONE - 62255000

Medidor 11663688

Page 0020 2300

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 015083363-69

CGF

Nome do Responsável

DATA

Mês de Referência	Data da Apresentação	Provisão Próxima Letura
OUT/2010	27/10/2010	27/11/2010

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vejn a leguminóz výtvarných význa.

Conjuntos: 09/04/2012 22:18:46

Polymers $D_{1500} = 0.20 \text{ g}$

P187.67.22

ICMS

Distrito de Calicut (RS)	Algarve	Valado Lameiro
114.13	27.824	38.81

Electric Individual

	Fitted values			Fitted values		
	Mean	Trn.	Test	Mean	Trn.	Test
DIC	5.43	6.85	21.73	6.00	6.00	6.00
FIC	3.30	6.60	13.20	6.00	6.00	6.00
DMIC	2.11			2.00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE E FISCAL

FB1B.2235.45F5.3CDE.2458.76DC.D4A8.41B6

SEGURANÇA É O CENTRO DO CONSUMO

FP	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Pst.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor(R\$)
	606	466	0.00	142	8.00	0.00	0.46339 0.72339	66.79 102.79
27/10/18		27/02/18		38 DHS		142		72.57

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	72,57
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAB 079	11,27
QUOTA PARCELAMENTO 2/3	116,19
MULTA MORATORIA REF 09/2018	2,34
JUROS DO MES	0,39
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,09
-PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	3,28
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6.92)	

TOTAL A	216,08
PAGAR (RS)	

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energía	23.94
Transmisión	2.75
Distribución	14.72
Encargos Sectoriales	0.55
Tributos (IOW PIS/COPIS) ...	33.66
TOTAL	87.02

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

178
142
217
260
386
67
62
0
0
83
196
195
183

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido por: CO-

Compensating kg (CO₂)
11.283

Consolidated Ecological (NCO),

*Tassa d'acquistu su i costi in debitu automaticu di 1,2%

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR

De dengue, zika e chikungunya, Ministério da saúde, Gov. Federal

SABEMI SEGURADORA S/A

09 JAN 2019

RECEBIDO



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

DETRAN-CE

EXTRATO DE LICENCIAMENTO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)

1/1
HYX2054
1.0410.1741.1



17/05/2018



DTCE FORTALEZA DE PLS (TTOCE)

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

RUA JOAQUIM R DOS SANTOS, 150

CENTRO

62.930-000 LIMOEIRO DO NORTE CE



12 10131353 06050 00000036825 20 170518

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

SEMI-SEGURADORA S/A

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)

09 JAN 2019

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.714.183-73 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA LUSTENE DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.430.233-061 / _____ do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA LUSTENE DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.430.233-106 / _____, 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 JOAQUIM RODRIGUES DOS SANTOS</u>		Número <u>150</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>IMOEIRO DO NORTE</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>61930-000</u>
Email <u>RENATO.RAULINO@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>18819-9990-0500</u>

IMOEIRO DO NORTE, 30 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

SABEMI SEGURADORA S/A

09, JAN 2019

Eu, Francisca Maria Lucas Anastácio

RG nº 2006099017539 data de expedição 2 RECEBIDO 6

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 79423736300, com domicílio na cidade de São João do Jaguaribe, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua - Antônio Rodrigues Chaves nº 192

complemento Mercado Oeste, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Maria Luciene de Oliveira cujo o condutor era Jose Cleudivan de Lima.

Veículo: moto

Modelo: HONDA/MOTOCICLO/CG 150 TITAN

Ano: 2013/2014

Placa: DSR 1686/CE

Chassi: 9C2KL1690ER013703

Data do Acidente: 09-09-2018

Local e Data: São João do Jaguaribe, 14 de Dezembro de 2018

Francisca Maria Lucas Anastácio
Assinatura do Declarante

Jose Cleudivan de Lima

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

RECONHEÇO por autenticidade de Francisca Maria Lucas Anastácio

São João do Jaguaribe 14 DEZ 2018

FABRÍCIO MARQUES H. DE MEDEIROS - Tabelião
FCO JOSE SMOES H. DE MEDEIROS - Substituto
MÔNICA MARIA DA SILVA - Substituto

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MARIA DE NAZARE PINHEIRO UCHOA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 12/09/2018 09:11:11	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 704103132573570	NOME: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA				Registro: 5580263		
CPF: 00143023306	RG: 2001097051135	D. NASC: 14/06/1964	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: RAIMUNDA COSTA DE OLIVEIRA				NOME DO PAI: RAIMUNDO ROSENO DE OLIVEIRA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: COETE RODRIGUES		Nº: 95	BAIRRO: CENTRO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 996193856	MUNICÍPIO: SÃO JOÃO DO JAGUARIBE		UF: CE	CEP: 62965000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: AMB/ SÃO JOÃO DO JAGUARIBE		PARÉNTESCO: FILHARIA		TELEFONE: 996193856			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista							
OUTRAS: politrauma há dias, ecg15							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Esala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese: OFM de auto último dominado CI Astum de JOSE NATE e LEXOE BULHONR MIE

Exame Físico: EC 15

Conduta: - AO BMP e avaliação CTQ

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 12/09/18 T 292	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: Dr. Cílio José Nicolau Clínica Interna CREMEC 11959 9351050061 CONSULTA MÉDICA

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA Prefeitura de Fortaleza	
FC: 35	Sat O2: 98.1 %
TRC:	GLICEMIA:
GLASCOW: 0	V15 M
* Escala de Glasgow - 15: TCE e Habilidade de Obediência	
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 Fortaleza, Ceará, Brasil (085) 3253.5000	

Data: / / as : b

CONDUTA

1998

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

NTA MGRM
50

Data: 1 1 18 : 0

Lina Jordeide Mørge
Jordi Roca-Marín Fariñ
CSC 079

CONDUTA

Bluco facie e Thesmo Return
Squid

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

63-150087

Data: / / às :

CONSULTA MÉDICA

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MEDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE:

Data: / / as

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MEDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Singis Vitais/MT	(h)	SN	(h)
------------------	-----	----	-----

P.A.

12

EC:

FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência

Obito

☐ Internacional☐ Alta Médica☐ Alta à pedido

544 李 强

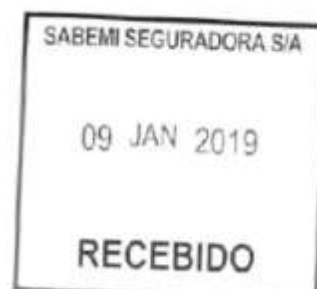
Data: 1 / 1 às 1 h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não

Data: / / 2008 - 1

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:





SABEMI SEGURADORA S/A

09 JAN 2019

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014413228924
EXERCÍCIO 2018

FRANCISCA MARIA LUCAS ANASTACIO
SÃO JOÃO DO JAGUARIBE /CE

79423736300
PLACA ANI / UF
9C2KCL650ERO13703
CLASSE
OSQ1686/CE

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
HONDA/CG 150 TITAN ESD
2P/DCV/149CC
PARTIC.
VERMELHA

1
P
V
A
COTA ÚNICA
FAVORÁVEL
PARTIC. ALIENATO / COTAS
VENO / COTAS
VENO / COTAS

PREÇO TAMB. (ANO VET) - PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

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

SÃO JOÃO DO JAGUARIBE /CE
20/08/2018

Igor Pontes
Superintendente
DENATRAN-CE

CE Nº 014413228924 BILHETE DE SEGURO DPVAT

79423736300

OSQ1686/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SÃO DPVAT 0800 022 1204

014413228924

83914167144

EXERCÍCIO DATA QUISÃO
2018 20/08/2018

01 79423736300
RENOVAÇÃO
HONDA/CG 150 TITAN E
2013 PART 9C2KCL650ERO13703

PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$) - DECATIVAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOP (R\$) - TOTAL SEGURO (R\$)

PAGAMENTO
COTA ÚNICA - PARCELADO
DATA DE QUISÃO
00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.009/0001-04

MOTOR: KC16ESE013703

07152



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020880
Cidade: Tabuleiro do Norte
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA
Data do acidente: 09/09/2018
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DAS PAREDES LATERAL E INFERIOR DA ÓRBITA DIREITA.
FRATURA DO SEIO MAXILAR DIREITO.
FRATURA EM ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.
FRATURA TRANSVERSA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, POREM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS. E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020880
Vítima: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA
Cidade: Tabuleiro do Norte
Data do acidente: 09/09/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DAS PAREDES LATERAL E INFERIOR DA ÓRBITA DIREITA.
FRATURA DO SEIO MAXILAR DIREITO.
FRATURA EM ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.
FRATURA TRANSVERSA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, POREM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS. E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

SABEMI SEGURADORA S/A

09 JAN 2019

OUTORGANTE:

Nome: Maria Busiene de Oliveira, brasileiro(a), estado civil: solteira
 Profissão: Agricultora, portador(a) do RG 2001097051135, órgão expedidor SSP
 e do CPF: 001-430233-06, residente no(a) Rua Odete Rodrigues
 nº 87, bairro: Centro, município: São João do Jaguaribe - Ce

OUTORGADO:

Nome: Francisco Renato Raulino de Oliveira, brasileiro(a), estado civil: solteiro
 Profissão: vigilante, portador(a) do RG 2003032027104, órgão expedidor SSP
 e do CPF: 0287141837-3, residente no(a) Joaquim Rodrigues dos Santos
 nº 150, bairro: Centro, município: Crato - Ce

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Maria Busiene de Oliveira
 CPF 001.430233-06 data do acidente: 09/10/2018

Local e data: São João do Jaguaribe,
Maria Busiene de Oliveira

Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



RECONHEÇO a firma por autenticidade de Maria Busiene de Oliveira
 14 DEZ 2018
 PABLO MARQUES H. DE MEDEIROS-Tabellão
 JOSE SIMÕES H. DE MEDEIROS-Substituto
 MÔNICA MARIA DA SILVA-Substituto
 VALDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008484/19

Número do Sinistro: 3190020880

Vítima: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

CPF: 001.430.233-06

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 09/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019
Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA
CPF: 028.714.183-73

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008484/19

Vítima: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

CPF: 001.430.233-06

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 09/09/2018

Titular do CPF: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA : 028.714.183-73

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA : 001.430.233-06

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.

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: 09/01/2019
Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA
CPF: 028.714.183-73

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO