

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, 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



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, 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 médica-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



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, 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 (SEGURADORES PERMANENTE)

 MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

003.430.233-06

Nome completo da vítima:

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 DOUTOR RODRIGUES

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SÃO JOÃO DO JAGUARIBE

Estado:

CEARÁ

E-mail:

CPF:

003.430.233-06

Número:

02

Complemento:

CASA

RECEBIDO

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

 SEM RENDA

 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 OPCIÃO DE CONTA

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 4382

CONTA: 10.601

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 recuperação 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 (noveenta) 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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/ou
assinatura
da
vítima
ou
beneficiário
não
alfabetizado

Local e Data: ITAPECERI DA SERRA, 30 DE DEZEMBRO, 2018

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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
0438272938

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
20/10/2018		0,00C
Sólido Anterior		0,00C
14/12/2018		0,00C
Depósito Online	6000110	20,00C
S A L D O		20,00C

LANÇAMENTOS FUTUROS:
2012 PAGTO 30/01

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE

253853

Impresso nº 2018179546

SABEMI SEGURADORA S/A

09 JAN 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 555 - 1180 / 2018

Dados da Ocorrência**RECEBIDO****03**

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:

Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE**Ponto de Referência: **PEIXE GORDO**

14 DEZ. 2018

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**

UF: **CE****RAIMUNDO ROSENO DE OLIVEIRA**Endereço: **RUA DETE RODRIGUES , 87**Bairro: **CENTRO**

CEP:

Município: **SAO JOAO DO JAGUARIBE/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99943-7627****Dados do(s) Veiculo(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 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GÁSOLINA/ÁLCOOL** 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 OBLÍQUAS LOCALIZDAS NO OSSO MAXILAR DIREITO, ESTENDENDO-SE PARA O ESFENÓIDE 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: *Francimárcia de Melo Oliveira*
Xmaria Lusiene 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



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 N° 555 - 1180 / 2018

LINAMÁRIA DE MELO OLIVEIRA - MAT.: 30089510

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Amelia Basíone de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

01
VICENTE DESSOTO CAVALCANTI - MAT.: 30120426



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) SABER (SEGURADORES PERMANENTE)

 MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

003.430.233-06

Nome completo da vítima:

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 DOUTOR RODRIGUES

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SÃO JOÃO DO JAGUARIBE

Estado:

CEARÁ

E-mail:

CPF:

003.430.233-06

Telefone:

88

Complemento:

CASA

RECEBIDO

Telefone:

88

CEP:

62965.000

Tel.(DDD):

(88) 9-4940-0500

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

RENDA MENSAL:

 RECUZO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 SEM RENDA

 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 OPCIÃO 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4382

CONTA: 6

CONTA: 30.601

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 recuperação 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 (novecenta) 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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/ou
assinatura
da
vítima
ou
beneficiário
não
alfabetizado

Local e Data: ITABETE DO NORTE, 30 DEZEMBRO, 2018

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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
0438272938

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
20/10/2018		0,00C
Sólido Anterior		0,00C
14/12/2018		0,00C
Depósito Online	6000110	20,00C
S A L D O		20,00C

LANÇAMENTOS FUTUROS:
2012 PAGTO 30/01



FICHA DE REFERÊNCIA

SABEM/SEGURADORA S/A

Unidade de Origem: H. Tabuleiro do Norte

09 JAN 2019

Distrito Sanitário: _____ Municipio: Tabuleiro do Norte

Nome: W. Lúcia da Oliveira

Prontuário Nº:

RECEBIDO

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

Endereço: 560 de 25

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Acident. d. moto, com TAC d. fratura de ombro, 1º grau, com instabilidade e dor.

Resultado de Exames:

Urgente

Conduta já realizada:

Karen Ricardo
MEDICO

Impressão diagnóstica:

Fratura do ombro e urgente

Assinatura do Encaminhamento - nº Registro

Função

DR. MARCELO

Data

31/01/2019

Hora

AGENDAMENTO

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

Especialidade:

Profissional:

Unidade de Saúde: H. Policlínico d. N. Data 1/02/2019 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

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

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário Nº:

Alta: 1 / 1

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

H

SABEMI SEGURADORA S/A

09 JAN 2019

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

RG nº 4001097051135, data de expedição 05/06/2016, Órgão SSP,

CPF nº 001.430.223-06, venho perante a este instrumento declarar que não possui 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>51 N</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: TOLEDO DO NORTE, 20/01/18

Assinatura do Declarante: Maria Lusiene de Oliveira

2056632

A Tarifa Social de Energia Elétrica
é definida pela Lei nº 9.043
de 28 de maio de 2002.
Companhia Energética do Ceará
R. Padre Valdevino, 150
CEP 60130-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.647.261/0001-70 | CGF 06.105.488-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 547382311

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

Nome MARIA GLEISIDENE DE OLIVEIRA

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

Medidor 11663688 Posto 0000 0000

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

RG / CPF / CNPJ 015083363-69 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Província
OUT/2018	27/10/2018	Próxima Leitura

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda: BOM MUITO BOM PÉSSIMO

Conjunto	720.2212	PUB 62.23
Mês	01/09/18 - 01/10/18	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto
114,13	27,00%	30,81

Padrão Individual	Ajustado Individual				
Mês	Trimestre	Ano	Mês	Trimestre	Ano

DIC	5,43	0,85	21,73	0,00	0,00
FIC	3,30	6,69	10,29	0,00	0,00
DMIC	1,11		2,66		

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consel. C	Consumo (Wh)	Con. Inv.	Con. Pct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
609	466	0,00	142	0,00	0,00	0,28127	32,57
						0,46330	52,75
						0,73335	40,29

27/10/18	27/10/18	30 DIAS	142	12,57
----------	----------	---------	-----	-------

VALOR CONSUMO DO MES	72,57
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-COMF. CONFIAZ 070	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)	

VENCIMENTO	06/11/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	216,08
------------	------------	---------------------	--------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Energia	23,98
Transmissão	2,25
Distribuição	24,45
Encargos Sociais	16,42
Impostos (IPI/COFINS)	3,35
Tributos (ICMS/PIB/COFINS)	33,60
TOTAL	92,02

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

12M	142	17	60	38	67	62	6	6	196	197	187

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pela consumo de energia elétrica.

Emissão (kg) Compensado (kg) Comitê da Ecologia (Eco)

55,22 0,00

INFORMAÇÕES INTEGRANTES DA CONTA DE ENERGIA

PARA PAGAR NA SUA CONTA DE DEBITO AUTOMATICO UTILIZE

SEU NOME DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICOVA.

Quando as visitas e visitas e outras no contato se realizarem transmite a 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)

17
HY02054
2000-12-01



17/05/2018

Ullamcorpera...Ullamcorpera...Ullamcorpera...

CTCE FORTALEZA DE PLS (TTO/CE)
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**

15/12/2018/SEGURADORA SIA

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.

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

²Conselho 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 PAULINO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 018.714.183-73 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	Número	Complemento
<u>RUA JOAQUIM RODRIGUES DOS SANTOS</u>	<u>150</u>	<u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Estado <u>CEARÁ</u>	CEP <u>61930.000</u>
Cidade <u>IMOCÉIRO DO NORTE</u>	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
Email <u>RENATO.RAULINO@HOTMAIL.COM</u>		<u>(88) 9-9990-0500</u>

IMOCÉIRO DO NORTE, 20 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

FRANCISCO RENATO PAULINO DE OLIVEIRA
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

SABEMI SEGURADORA S/A

09. JAN 2019

Eu, Francisca Maria Pucos Anastáciu,
 RG nº 2006099017539 data de expedição RECEBIDO 6
 Órgão SP/CE, portador do CPF nº 79423736300, com
 domicílio na cidade de caicó no Jaguaribe, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua-bairro Rodrigues Chaves nº 192,
 complemento mercado. Desteclaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Maria buscas de Oliveira, cujo o condutor era
José Fláudivam de Lima.

Veículo: Moto
 Modelo: HONDA/MOTOCICLETA CG 150 TITAN
 Ano: 2013/2014
 Placa: DSQ 1686/CE
 Chassi: 9C2KL1650ER013703
 Data do Acidente: 09-09-2018

Local e Data: caicó do jaguaribe, 14 de Dezembro de 2018

Francisca Maria Pucos Anastáciu

Assinatura do Declarante

José Fláudivam - dk

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





Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 12/09/2018 09:11:11

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 704103132573570	Nome: MARIA LUSINETE DE OLIVEIRA	Registro: 5580263			
CPF: 00143023306	RG: 2001097051136	D. Nasc: 14/06/1964	Estado Civil:	Sexo: F	Raça/Cor: Parda

NOME DA MÃE: RAIMUNDA COSTA DE OLIVEIRA NOME DO PAI: RAIMUNDO ROSENDO DE OLIVEIRA

TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDERECO DO PACIENTE: DOUTE RODRIGUES	Nº: 85	BAIRRO: CENTRO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 996193866	MUNICÍPIO: SÃO JOÃO DO JAGUARIBE	UF: CE	CEP: 62965000

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome: AMB/SÃO JOÃO DO JAGUARIBE	Parentesco: FILHOMARIA	TELEFONE: 996123366
---------------------------------	------------------------	---------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBP DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNR:
------------------	-------------------	---------------------	----------------

ACOPLAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta

QUEIXAS: politrauma há dias, escg15

OBSERVAÇÕES:

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: QFM 26-07-2018 ULTIMO DOMINGO C/ POSTUM DE SÓCIO
NASC C/ LESÃO BULHOSAS MIE

Exame Físico: ECG 15

Conduta: - DO BMF C/ DVAL-0300 CTQ

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

12/09/18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Dr. Gólio José Nicolau
Medicina Interna

93610600061

CONSULTA MÉDICA

CREMEC 11959

T-292

25/02/2014

An. M. M. J. J.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	Prefeitura de Fortaleza
FC: 36	Sat O2: 98.1 %
T(°C):	GLICEMIA:
GLASCOM: 0	V/5 M
Observar Se Diabeta - TB: TCE e História de Diabeta	
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 Fortaleza, Ceará, Brasil (085) 3253.5000	

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

PMF

Data: / / às : h

Paciente vidente de direita e paralito esquerda.
No exame físico apresenta disreita parcial de propriocepto
externo-lateral, anterolateral e subbolcal visual
preservando o sentido de posição. As esse obesos obesos - e tipos de
postura e etc. 14500061

CONDUTA:

Alto + Retorno

CONSULTA MÉDICA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

CT

Data: / / às : h

Exame de fundo de olho normal no
CT (quermesuras) em duas
examinações. Sequir orientações
dez demais carências

CONDUTA:

Buco Faringe e Tórax

Retorno

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

14500061

CONSULTA MÉDICA

Data: / / às : h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

Data: / / às : h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREScrição MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(h)

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

Transferência
 Óbito

Internação

Alta Médica

Alta à pedido

Evasão

Data: / / às : h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: Sim Não

Data: / / às : h

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





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

028.714.183-73

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

23/04/1988



SABEMI SEGURADORA S/A

09 JAN 2019

RECEBIDO

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 RÁDIO 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 MÉDICO 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 **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 RÁDIO 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 MÉDICO 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 Bussiere de Oliveira, brasileiro(a), estado civil: solteira
Profissão: agricultora, portador(a) do RG 2001097051135, órgão expedidor SSP
e do CPF: 001.430.233-06, residente no(a) Rua: Odebrecht 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: Joaquim do Norte-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 Bussiere de Oliveira CPF 001.430.233-06 data do acidente: 09/09/2018

Local e data: São João do Jaguaribe,

Maria Bussiere de Oliveira

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



de Maria Bussiere de Oliveira
São João do Jaguaribe
CE 62500-000
PADRÃO MARQUES H. DE MEDEIROS-Substituto
PRO. JOSE SIMONE H. DE MEDEIROS-Substituto
MONICA MARIA DA SILVA-Substituta

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

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2018

Titular do CPF: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 03/04/2019

Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

CPF: 028.714.183-73

Data do cadastramento: 03/04/2019

Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS

CPF: 961.118.013-68

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008484/19

Vítima: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

CPF: 001.430.233-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2018

Titular do CPF: MARIA LUSIENE DE OLIVEIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/01/2019

Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA
CPF: 028.714.183-73

Data do cadastramento: 09/01/2019

Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

KARINE SANTANA ROMUALDO