

PROCURAÇÃO "ADJUDICIA E EXTRA JUDICIA"

OUTORGANTE (s):

Nome:	Cosmo Sousa da Silva		
Nacionalidade:	Brazil	Estado Civil:	Solteiro
Profissão:	Motorista		
RG/CE nº	2002014078926	CPF.:	03079534328
Endereço:	R. José Aguiar, 544, Tamaritino, Itapipoca-CE, cep: 62.500.000		

OUTORGADO (S): INACIO RAONI CRUZ OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/CE nº 32.687, com escritório profissional na Av José do Patrocínio, 349, Boa Vista, CEP 62508-360, Itapipoca-CE. Email: raonicruzadv@mail.com.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, o(a) **Outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o(s) advogado(s) acima qualificado(s), a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral e de modo singular, inclusive os das Clausulas "**AD JUDICIA E EXTRA JUDICIA**" (art. 105, CPC), para com esta se apresentar, requerer providências, defender, junto ou separado em qualquer juízo, instância ou tribunal, **inclusive administrativamente junto ao INSS e demais órgãos, fundações, autarquias e empresas da administração direta ou indireta dos entes federativos nacionais ou JUDICIAL** em qualquer ação em que o(os) mesmo(s) seja autor(a), réu ou ré, assistente ou de qualquer modo interessado(a), podendo para tanto ajuizar as ações competentes, inclusive as de falência, e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até decisão final; propor reconvenções, exceções, agravar, apelar de qualquer decisão ou sentença; fazer e assinar requerimentos e documentos necessários; produzir provas e justificações; firmar compromissos, passar recibos e dar quitação; assinar termo de inventariante; conferindo-lhe, ainda **PODERES ESPECIAIS** para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, celebrar acordos judiciais e extrajudiciais, interpor os recursos necessários em geral, Ação de Execução e Ação Rescisória, representando, incluindo também os **PODERES ESPECÍFICOS** da Procuração **ad negotia**, levantar junto ao Banco do Brasil S/A ou Caixa Econômica Federal, valores referentes à Requisição de Pequeno Valor – RPV e/ou Precatórios em nome do(a) outorgante, decorrente de processo administrativo e/ou judicial, requerendo, ainda, a não retenção do imposto de renda prevista no artigo 27º, da Lei 10.883/03, sobre rendimentos, cujos patrocinadores foram os outorgados e ainda subestabelecer esta em nome de outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, podendo inclusive nomear advogado(s) para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Itapipoca - CE, 09, Dezembro, 2019.

x Cosmo Sousa da Silva

Outorgante
DECLARAÇÃO DE POBREZA

DECLARANTE (s):

Nome: <u>Cosmo Sousa da Silva</u>		
Nacionalidade: <u>Brasil</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Motorista</u>
RG/CE nº <u>2002014078926</u>	CPF.: <u>03049534328</u>	
Endereço: <u>R. José de Aguiar, 544, Jomarinha, Itapipoca - CE, cep: 62.500.000</u>		

DECLARO¹, para os fins que se fizerem necessário, que sou pobre na forma da Lei, não dispondo de recursos suficientes para pagar custas processuais e honorárias advocatícias, sem prejuízo do sustento próprio e de minha família, necessitando, pois, dos benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do que dispõe a Lei nº 1.060/50 c/c os artigos 98/99, NCPD.

Itapipoca - CE, 09, Dezembro, 2019.

x Cosmo Sousa da Silva

Declarante

¹ "Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira." (Lei nº 7.115/83).

6588768
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP: 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 572796089
Rota 02 35000 35 058800 - 2 Data de Emissão 06/05/2019
Nome FRANCINEIDE SILVA CRUZ
End. Postal AV DUQ CAXIAS 00953
CENTRO - ITAPIPOCA - 62500000
Medidor 5512243 Poste 0000 0000
Classe B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 771191003-78 CGF

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Mai/2019	06/05/2019	06/06/2019	Conjunto	ITAPIPOCA	
			Mês	Mai/2019	EUSD 14,68
ICMS			D'ICRI = 0,00 P		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		
48,48	27,00%	13,08	Mensal	Trim.	Anual
			DIC	5,19	18,38
			FIC	3,23	6,47
			DMIC	2,94	
				20,77	0,00
				0,00	0,00
				0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO								
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
FP 37230	37765	1,00	65	0,00	65	0,74551	48,48	
06/05/19	03/04/19		33 DIAS				48,48	

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	48,48
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,99
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,16)	

VENCIMENTO 13/05/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 59,47

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	18,47	04	05
Transmissão	1,46	06	07
Distribuição	10,85	08	09
Encargos Setoriais	2,46	10	11
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ...	15,24	12	13
TOTAL	48,48	14	15

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 25,38 Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (% CO₂) 0

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal
A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
CONSIDERAR ESTA CONTA QUITADA SE EFETUADO O DEBITO EM CONTA CORRENTE - BOO ITAU S.A. AGENCIA - 2758.
Consta desta fatura R\$ 2,16 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,81% e COFINS:0,67%
Inv. n.º 9 Rec. 100-2000 - ANEEL e 1015 n.º 10.637-02 e 10.933-031
Informamos que a tarifa foi reajustada, em media, em 8,22%, conforme Resolucao Homologatoria ANEEL 2.530/2019, com vigencia 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em MAIO-19.
www.aneel.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAI 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

Nº do Cliente: 6588768 Referência: Mai/2019
Data de Emissão: 06/05/2019 Total a Pagar (R\$): 59,47
Nº da Nota Fiscal: 572796089 Nº de Controle: 0006588768 00051 39552 05

8382000000-2 59470031000-2 00065887680-5 00513955273-2

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por INACIO RAONI CRUZ OLIVEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/02/2020 às 16:21, sob o número 005013479202008060101. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050134-79.2020.8.06.0101 e código 5E7C895.

Nº DO CLIENTE

9139586

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 20 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



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

568065332

Rota 20 35000 01 045935 - 2 Data de Emissão 29/03/2019
Nome ERIDAN DE CASTRO LIMA SOUSA
End. Postal TR MAJ ANTONIO RODRIGUES TEIXEIRA 00544 00544 CS A
CRUZEIRO - ITAPIPOCA - 62500000
Medidor 10352387 Poste 0000 E75N
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 188908733-53 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2019	29/03/2019	29/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto 07.047251/0001-70
Mês Mar/2019 EUSD 19,15

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
132,00		

Prestação Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 5,15	10,30	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC 0,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC 2,94			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8664,1148,1049,9604,6090,6082,SETE,EXC?

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
744	570	1,00	74	0,00	0,00	0,17180	12,55
						0,29417	0,00
							18,09

VALOR CONSUMO DO MES 18,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 4,93
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,63
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 29,51

VENCIMENTO 05/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 53,16

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	7,75
Transmissão	5,44
Distribuição	1,46
Encargos Setoriais	1,25
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	1,25
TOTAL	18,72

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

74	74	59	89	72	83	83	82	79	77	55	0
FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 28,89
Compensado kg (CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor De dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal.

Consta desta fatura R\$ 1,25 referente a PIS e COFINS. Mitigação: PIS 0,61% e COFINS 0,64% (Art. 3º RFP 100/2005 - encl. 1 e 2, e Lei nº 10.637/02 e 10.639/03).
Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com multas vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.087/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS JUSTIÇAS
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **FRANCINEIDE SILVA CRUZ**

DOC. ENTREGUE / ORIGINAL: **527990280** SSP **CE**

CPF: **771.191.003-78** DATA NASCIMENTO: **04/08/1975**

NÚMERO: **771.191.003-78**

SERÁSTIO RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DAS NEVES SILVA CRUZ

PRIMEIRO: **ACC** SEGUNDO: **AKA**

1ª EMISSÃO: **08/12/2016**

VALIDADE: **09/08/2023**

Observações:

Assinatura: *Francineide Silva Cruz*

LOCAL: **ITAPIPOCA, CE** DATA EMISSÃO: **19/12/2017**

Assinatura: *[Assinatura]*

Assinatura do Titular: **05651399750**
CE162734735

CEARÁ

1551416278

PROIBIDO PLASTIFICAR

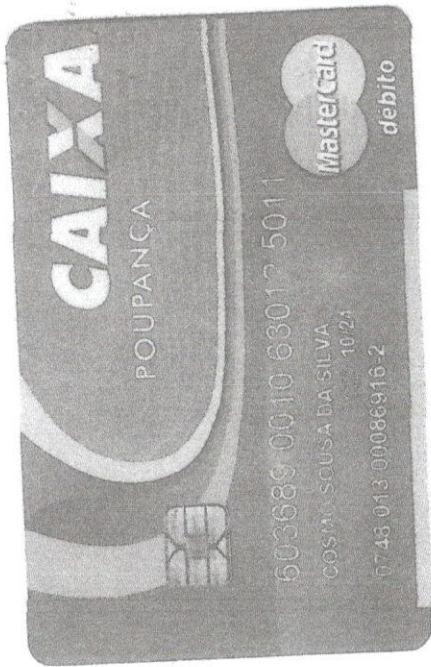
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME COSMO SOUSA DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR RF 2002014078926 SSPDS CE	
CPF 030.795.343-28	DATA NASCIMENTO 04/08/1985
FUNÇÃO FRANCISCO LOPES DA SILVA TERESA ALVES DE SOUSA	
PERMISSÃO A	ACC A
Nº REGISTRO 06027048240	VALIDADE 05/12/2019
1ª HABILITAÇÃO 21/03/2014	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
<i>Cosmo Sousa da Silva</i> ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 11/06/2015
<i>Francisco Lopes da Silva</i> ASSINATURA DO EMISSOR 64341950145 CE147973228	
DETRAN-CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1151183469

PROIBIDO PLASTIFICAR

1151183469

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Impresso nº 2018226112



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 406 - 5254 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **14/11/2018 09:36:08**
 Data / Hora da Ocorrência: **06/10/2018 18:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODDVIA CE 168**
 Complemento: **LOCALIDADE JARDIM**
 Bairro: **PROX. A LOMBADA** Município: **ITAPIPOCA/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **COSMO SOUSA DA SILVA**
 Nascimento: **04/08/1985** CPF:
 RG: Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **TERESA ALVES DE SOUSA LOPES**
FRANCISCO SOUSA DA SILVA SOUSA LOPES
 Endereço: **RUA JOSE DE AGRELA RODRIGUES, 544 A**
 Bairro: **VIOLETE** CEP:
 Município: **ITAPIPOCA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa o noticiante que na data, horário e local supracitados estava pilotando sua motocicleta Honda CG 150 fan de cor vermelha, placa ORN 4902, chassi 9c2kc1670dr451133 de sua propriedade, fazendo o sentido zona rural - sede, quando foi surpreendido por um caminhão que atravessou a via subitamente dando causa ao acidente; Que com o abaloiamento o declarante caiu sofrendo lesões no rosto, pé, além do que quebrou um dente e braço direito; Que populares acionaram o Serviço médico de urgência responsável por encaminhar o declarante ao Hospital São Vicente de Paulo, nesta cidade; Que o motorista do caminhão não parou para prestar socorro; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CARLOS CLEUDSON BARROSO TABOSA MONTENEGRO - MAT.: 135.612-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: COSMO SOUSA DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A):

REGIDENI PIMENTEL DE LIMA - MAT.: 30120434

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

ASS:

Sem efeito

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

ASS:

Carlos Cleudson B T Montenegro

ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MAT. 135.612-1-4



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francinilde Silva Cruz inscrito (a) no CPF/CNPJ 771191003 / 78 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cosmo Sampa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 030795343 / 28, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cosmo Sampa da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030795343 / 28, 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>Avenida Dique de Coxias</u>		Número	<u>953</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Itapipoca</u>	Estado	<u>CE</u>	CEP
					<u>62500-000</u>	
Email	<u>Segurodpvatsseguro@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(88)996518731</u>	<u>(88)992129995</u>		

Itapipoca 06 de Maio de 2019
Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Francinilde Silva Cruz
Assinatura do Declarante

13 MAIO 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

Atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Matrícula 83910
Atendimento 0003
Nome do Paciente COSMO SOUSA DA SILVA
Documento(s) 2002014078926
Data de Nascimento 14/08/1985
Local ITAPIPOCA/CE
ii FRANCISCO LOPES DA SILVA
Endereço RUA OSVALDO CRUZ, S/N
Profissão AUX. DE PRODUÇÃO
Responsável TERESA ALVES DE SOUSA

CNS 164303890150004
Estado Civil Solteiro(a)

Guia de Autorização
Sexo Masculino
Idade 33 Ano(s)

UF CE Telefone 85 96617959

Mãe TERESA ALVES DE SOUSA
CEP 62500-000
Município ITAPIPOCA

Empresa DILLY

CPF do Responsável Endereço RUA OSVALDO CRUZ, S/N

Município ITAPIPOCA

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 06/10/2018
Hora 18:48
Convênio SUS
Profissional do Atendimento VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR
Indicador de Acidente Trânsito
Observação

Matrícula

CID

CRM/UF 16999/CE

Tipo Atendimento CONSULTA

Funcionário DAVID HILBERNON RODRIGUES BARROS

Sala

Data/Hora Liberação / / às hs.

Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais
Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

P (bpm)

R (mpm)

PA (mmHg) 125 X 73

Oximetria (%) 100

Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 06/10/2018 19:08

Responsável pela Classificação: DAVID HILBERNON ROD

Relatório:

cliente trazido à unidade pelo SAMU, por motivo de acidente motociclístico, com capacete, consciente, orientado, verbalizando, etilista, com lesão corto-contusa em MID/MIE e face, com algia torácica e em joelho D, com trauma em MSD, com extração dentária superior, escoriações, nega alergia medicamentosa.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

06/10/2018 19:59:58h Responsável: VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR CRM-CE 16999

PACIENTE, 33 ANOS, COM HISTORIA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (SIC) MOTO X CARRO, DE CAPACETE.

PACIENTE NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITOS.

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO.

A - VIA AEREA PERVIA. SEM LESAO CERVICAL APARENTE. NEGA DOR CERVICAL

B - DOR A PALPACAO EM TORAX DIREITO, POREM SEM DEPRESSAO TORACICA. EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE. AUSCUTA SEM ALTERACOES.

C - PA: 90; PA: 125/73. ABDOME FLACIDO E INOCENTE. SEM FRATURA APARENTE DE MMII OU PELVE.

D - GLASGOW 15

E - PROVAVEL FRATURA DE MSD. APRESENTA LESOES CORTO CONTUSAS EM PE ESQUERDO (SUTURA), FACE (SUTURA), MID (SEM SUTURA) E EXTRACAO DENTARIA SUPERIOR COM LESAO DE MUCOSA JUGAL (SEM SUTURA)

CD:

- 1- SUTURA SIMPLES DE LESOES
- 2- AGUARDAR PARECER DA TRAUMATOLOGIA
- 3- SOLICITO RX DE TORAX PARA DESCARTAR FRATURA DE COSTELAS
- 4- ANALGESIA
- 5- ALTA DA CIRURGIA

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: TERESA ALVES DE SOUSA

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019

VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR CRM: 16999

DADOS DO PACIENTE

Nome COSMO SOUSA DA SILVA				Prontuário/Atendimento 083910/0006	
Data de Nascimento 14/08/1985		Local ITAPIOCA		País Nacionalidade Brasil	
Idade 33 Ano(s)		Estado Civil Solteiro(a)		Religião CATÓLICA	
Sexo Masculino		Raça/Cor Branca		Etnia	
Documento(s) Identidade: 2002014078926		CNS 18.4303.890.1500-04			
Endereço RUA OSVALDO CRUZ		Nº S/N		Bairro CRUZEIRO	
Município ITAPIOCA-CE		CEP 62500-000			
Telefone (85) 9681-7959		Profissão AUX. DE PRODUÇÃO		Empresa DILLY	
Responsável TERESA ALVES DE SOUSA		CPF do Responsável		Fone Responsável (88) 3631-1555	
Endereço Responsável OSVALDO CRUZ, S/N.		Cônjuge			
Mãe TERESA ALVES DE SOUSA		Pai FRANCISCO LOPES DA SILVA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 16/10/2018 21:50		Quarto/Leito 004-0003		Aposento ENFERMARIA	
Clínica CIRÚRGICA		Setor POSTO 1			
Matrícula		Autorização		Dias 0	
Guia CRM 14339					
Médico ANTONIO PIERRE AGUIAR JUNIOR					
Diagnóstico Principal Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão		CID Complementar X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros locais especific			
Procedimento SUS 0408020342 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA		Sispre-natal			
Médico Responsável NATALIA REJANE		Usuário Saída			
Data Saída 10/10/18		Hora 18:19		Condição da Saída Alta Melhorado	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

ITAPIOCA, 6 de outubro de 2018.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: NATALIA REJANE

Assinatura do responsável



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES

2552086

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Osório Lourenço da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

83910

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

164303890450004

8 - DATA DE NASCIMENTO

04.08.85

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 PÍDIA

11 - NOME DA MÃE

Verônica Gomes de Sousa

12 - TELEFONE DE CONTATO

(85) 9661-9559

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Verônica Gomes de Sousa

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Oswaldo Cruz, SN

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itapipoca

17 - CÓD. IHGF - MUNICÍPIO

18 - UI

19 - CFP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma com fratura de
tórax direito

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura de tórax

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. Riquet Raio X

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura do punho

24 - CID 10 PRINCIPAL

S80.0

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura de tórax

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0308020019

29 - CLÍNICA

fratura

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Estivo

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0308020019

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Alexandre

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13 MAIO 2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

Dr. Alexandre
Oncologia e Traumatologia
CREMEC: 14.559/19-1

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÍRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CDOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESMPREGADO

() APQSNTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

58 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

60 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

61 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

62 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

63 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

64 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

LIBIA CORRETORES DE SEC. LTDA.

13 MAIO 2019



FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital H.M.S.V.P Clínica Trauma Enf. Sala Leito
Paciente Como Jovem da Filu Matrícula 083910

Diagnóstico Letura do Rótulo Distal

Moléstias Secundárias

Queixa e Duração Dor + Deformidade Local

História da Moléstia Atual

Antecedentes Individuais

Antecedentes Hereditários

Hábitos

Interrogatório sobre Aparelho

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.
HMSVP

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐

Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐

Alta tratam. terminado ☐

Data / /

Óbito ☐
Dr. Ant^o Pierre Aguiar Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 43391 TEOT: 14.693

Assinatura
LÍDIA CORRETORA DE SEB. LTDA.

13 MAIO 2019

Período: 09/10/2018 00:00:00 à 09/10/2018 23:59:59

Dados Clínicos - Médico

nte

MO SOUSA DA SILVA

de Nascimento

Idade

Nome da Mãe

18/1985

33 Ano(s)

TERESA ALVES DE SOUSA

nternação

Aposento

0/2018

ENFERMARIA

sional Responsável

ONIO PIERRE AGUIAR JUNIOR

inio

Setor

POSTO 2

Especialidade

CIRURGICA

Prontuário

083910/0006

Quarto/Leito

023/0003

CRM

14339

óstico

.8 Fratura de outras partes e de partes não especific X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros

DESCRICAÇÃO PROCEDIMENTO CIRURGICO ANESTESIA

Prerrogativa de Procedimento Cirurgico - Anestesia - 09/10/2018 19:17:54

Prerrogativa de rádio D

Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo braquial
apressia e antissepsia
sificação decampos estéreis
são postero-lateral, centrada no foco da fratura
ução da fratura
ossintese com placa de compressão e parafusos corticais
ira por planos da pele
ativo compressivo

ONSÁVEL: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA
ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

HMSVP

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

13 MAIO 2019

ASSINADO

**SÃO CAMILO**Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

Laudo Médico

Declaro que o Sr. **Cosmo Sousa da Silva**, vítima de trauma, que resultou em fratura do rádio D, foi submetido ao tratamento cirúrgico, com osteossíntese de rádio. Evoluiu com bom alinhamento, sem déficit funcional. Paciente refere dor residual em membro superior D.

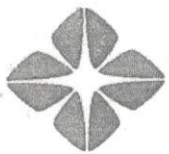
Atenciosamente,

AGUIATO DE MENDÇA FETTER
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

Itapipoca – CE, 14 de janeiro de 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019



Laudo Médico

Declaro que o Sr. **Cosmo Sousa da Silva**, vítima de trauma, que resultou em fratura do rádio D, foi submetido ao tratamento cirúrgico, com osteossíntese de rádio D. Evoluiu com bom alinhamento, sem déficit funcional. Paciente com dor residual em membro superior D durante o exercício de sua atividade laborativa, sendo o mesmo mototaxista.

Atenciosamente,

Adriano de Alinada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

Itapipoca – CE, 01 de abril de 2019

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	03079534328	Cosmo Sousa da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Cosmo Sousa da Silva		03079534328
Profissão:	Endereço:	Número:
Mototaxista	May Antonio Rodrigues Teixeira	544
Bairro:	Cidade:	CEP:
Curuzu	Itapipoca	62500-000
E-mail:	Estado:	Tel.(DDD):
seguradpvtal@gmail.com	CE	(88) 996518931

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0948 013	CONTA: 86916 2	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Itapipoca - CE 06/05/19	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF: LIBIA CORRETORES DE SEC. LTDA.
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura
Assinatura do Procurador (se houver)		13 MAIO 2019
		12 JUN. 2019

(*) 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.

PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Sousa da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Motorista, residente e domiciliado à Rua Jose de Aguiar R., nº 544, bairro Tamarindo, Município de Itapipoca, Estado de(o) Ceará, Cep.: 62500-000, portador(a) do Rg nº 2002014078926, SSP/CE e CPF nº 03079534328.

Outorgado: Francineide Silva Cruz, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Empresaria, residente e domiciliado(a) à Rua Av Duque de Caxias, nº 953, bairro Centro, Município de Itapipoca, Estado de (o) Ceará, Cep.: 62500-000, portador (a) do RG nº 527990280 SSP/ CE e CPF nº 77119100378.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Carlos Sousa da Silva, ocorrido em 06 / 10 / 18, na data do acidente de trânsito e cobertura de Invalidez, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

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

Itapipoca - CE, 03 de Maio de 2019.

Carlos Sousa da Silva
Outorgante
CPF Nº 03079534328.

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

12 JUN. 2019



RECEITUÁRIO

2ando para DRUAT

V. Casimiro Sousa da Silva
última de audição de
Trânsito, no dia de 06/10/2018, comparece

B.2 № 466 - 5254 / 2018.

B.O. N.º 106
 Pautas en forma de
 punta de flecha (Punta de flecha), Tendo
 sido submetidos ao tratamento sempre
 com osteonites de vidro.

esteonites de los
 - primera antigüedad e limitación
 - realizar movimientos de rotación y condición
 - partes
 - del del

Dr. ~~Robinson C. Pallas~~
 Médico
 C.E. 16745

05/06/19

Alb. J. J. J. J.

Dr. Davidson C. Pallas
Médico
CE 16.745

88 9 9660.4153

Rua: Dom Aureliano Matos, 536
Centro - Itapipoca-Ce



Saúde da Família

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos
fins que Cosmo Sousa da
Silva, encontra-se sob tra-
tamento fisioterapêutico
nesta unidade de saúde.

08/01/2019.


Dr. Cicero José R. de Sousa
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 6: 126869

Gráfica Comixart (86) 3531-2199 - Itapipoca-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019



Saúde da Família

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
 SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins
 que o sr. josmo souza de silva
 realizou 10 sessões de Fisioterapia
 na unidade NASF Fazendinha
 para tratar lesão em membro
 superior direito. Paciente terminou
 as sessões que foram solicitadas

Itapipoca, 31 janeiro 2019

Karen Barroso
Dra. Karen Barroso
 CREFITO: 118.127-F

Gráfica Comercial (88) 3631-2189 - Itapipoca-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

13 MAIO 2019

Recebido em 06 de fevereiro 2019

SINISTRO 3190376765 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA COSMO SOUSA DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA****CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO COSMO SOUSA DA SILVA****CPF/CNPJ:** 03079534328**Posição em 02-07-2019 10:28:03**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/07/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

236.00

SINISTRO 3190376765 - Resultado de consulta por beneficiário

9902 - 7571

VÍTIMA COSMO SOUSA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA****CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO COSMO SOUSA DA SILVA****CPF/CNPJ: 03079534328****Posição em 13-06-2019 09:00:35**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT está em fase de cadastramento. A documentação está a caminho da digitalizadora e depois será analisada pela equipe técnica da seguradora.

O prazo regulamentar para conclusão da análise é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando o processo neste site.

Consultado em 14/06
17/06
18/06
21/06
24/06
25/06

Fatalidade
Cembo