

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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476747

Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA FELICIANO DA SILVA

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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476747

Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIA FELICIANO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.
Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476747

Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCIA FELICIANO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Marcia Feliciano de Silve</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>Marcia Feliciano de Silve</i>		6 - CPF:	<i>075 167 754-01</i>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	<i>monicure</i> <i>Rua Nilda José Elias Silve</i> <i>15</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - UF:	14 - CEP:	<i>Alto da Boa Vista</i> <i>Belo Horizonte</i> <i>PB</i> <i>58308-440</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):			

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1911**

CONTA: **00058431**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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.

22 - 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varônus/nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos:
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.



34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

João Pessoa, 19/06/2019
Marcia Feliciano da Silve

38 - 1º | Nome:

CPF:

13 ABR. 2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da testemunha:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL

PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX - PB



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Data e Hora do Registro do B.O: 17/06/2019 ,

Local do fato: Bayeux-PB.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 2.269/2019

NOTICIANTE

Márcia feliciano da silva , brasileira, natural de João Pessoa, filha de Severino Barbosa da Silva e Creuza Joanita Feliciano, nascida em 25/10/1986, divorciada, manicura, com ensino médio, RG 3.304.045-2^avia/SSP/PB, residente a rua Nildo José Elias da Silva nº 17 A. da B. Vista, Bayeux/PB. (próximo ao campo de Futebol). fone 987423177.

HISTÓRICO DO FATO.

NOTIFICANDO:QUE, por volta das 20h00min., do dia 23/09/2018, quando estava na carona de uma moto, o condutor caiu com a notificante e a mesma fraturou o seu tornozelo direito, na MOTO marca HONDA/NXR160 BROS ESDD ano 2016 de cor vermelha de placas QFX 6427/PB cuhassi 9C2KD0810GR482896, cuja a MOTO estava sendo conduzida por ROMILDO DA SILVA SANTOS, e a referida moto esta no nome de MARILENE DA SILVA SANTOS trafegando próximo a sua residência , bairro do Alto da boa Vista Bayeux-PB, acidentado; QUE, a notificante já referido, no dia 23.09.2018, foi levada para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS DE MANGABEIRA, no que foi submetido a avaliação médica e cirurgia; QUE, registra este BO, a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante: Marcia Feliciano da Silva

Assinatura Policial: Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Marcia Feliciano de Silve</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>Marcia Feliciano de Silve</i>		6 - CPF:	<i>075 167 754-01</i>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	<i>monicure</i> <i>Rua Nilda José Elias Silve</i> <i>15</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - UF:	14 - CEP:	<i>Alto da Boa Vista</i> <i>Belo Horizonte</i> <i>PB</i> <i>58308-440</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):			

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1911**

CONTA: **00058431**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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.

22 - 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varônus/nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos:
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.



34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

João Pessoa, 19/06/2019
Marcia Feliciano da Silve

38 - 1º | Nome:

CPF:

13 ABR. 2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da testemunha:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 166642 Attd: Nao Regula
Data: 25/09/2018
Hora: 10:30:43
Recepção: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARCIA FELICIANO DA SILVA
CNS: 708708167172590 Sexo: F IDENTIDADE: 3304045 Fone: 987423177

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/10/1986 Id: 31 ano(s)

End.: RUA NILDO JOSE ELIAS DA SILVA, 17

Bairro: ALTO DA BOA VISTA Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: CREUZA JOANITA FELICIANO

Pai: SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: ESTUDANTE

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MARCIA FELICIANO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987423177 / IDENTIDADE: 3304045

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE CENTRAL DE FRATURAS

FATURADO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO PASSAGEIRA BAYEUX MANHA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	02%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao

Queixa Principal
REFERE TRAUMA EM REGIAO DO TORNOZELO D

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico) Paciente com lesão óssea
obtida anteriormente referindo dor no tornozelo direito.
Sobre o tornozelo D. dor e com fratura óssea
lateral TVZ D. C/D. Internou hospital por período de 01 mês.

Diagnóstico Fratura óssea
lateral tornozelo direito

| Conduta

Prescrição

| Horário da medicação
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/IA

13 AGO. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora || PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdade	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO 030106002-9

030401004-8

030309020-0

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI

Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Z. Marcia Feliciano de Siqueira

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO:
MATRÍCULA

6189830

REFERÊNCIA

HA1/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

SEVERINO BARBOSA DA SILVA
RUA NILDO JOSÉ ELIAS SILVA, 17 - ALTO DA BOA VISTA
BAYEUX PB 58308-440

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Caixa	
002.009.120.0263.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto	
A12N126244	05/07/2012	EXT LACRILIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR + ATUAL + CONSUMO (m ³) + NÚM DE DIAS + PRÓXIMA LEITURA						
1622	1645	23	31			10/06/2019
11ST. CONS. ANOR. LEIT.	QUADRO. ATUAL.	AUX. 20 PORT.	03.2017 HS.			
ABR/2019	24	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
MAR/2019	24	TURBIDEZ	70	71	71	
FEV/2019	25	CLORO	70	71	71	
JAN/2019	20	COL. TERNOT	0	0	0	
DEZ/2018	24	COR	16	37	37	
NOV/2018	23	COL. TOTAIS	70	71	71	
MEDIA(0)	23	DADOS REFERENTES A: MAR/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 13/05/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 10:54:13

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m ³	37,91
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,69 POR m ³	10 m ³	46,90
21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 6,45 POR m ³	3 m ³	19,35
ESGOTO		

COMPRA

PENDÊNCIA S/A

13 AGO. 2019

PROJETO
AG. JOAO
SOL
SSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTO: R\$ 9,82 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	23/05/2019	Total a Pagar:	R\$ 106,16
-------------	------------	----------------	------------



CONDICÃO DE LEITURA: FEALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

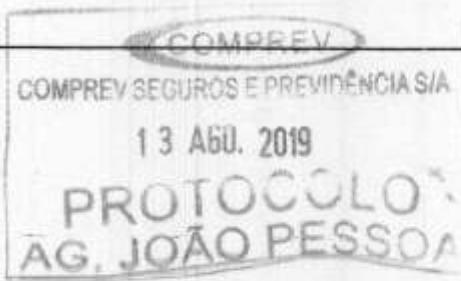
EM CONFORMIDADE COM ART. 37 DA LEI 11.607/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSALIS DOS DEBITOS ATÉ 31/12/2018, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2018.

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST. 160158230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140	B	CDC: 0000280012 - 6
PEDRO JOSE DA SILVA		
RUA DA REPUBLICA 390		
JOAO PESSOA		
Domicílio:	971 Medidor: 00008162616	Coordenadas: -7,121236, -34,889865
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS		



Para Uso do Entregador

- Mudou-se
- Endereço Insuficiente
- Não Existe o N° Indicado
- Desconhecido
- Recusado

- Não Procurado
- Ausente
- Falecido
- Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Ass./ Num. Carteiro:

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 Floriana da Silve Bemove
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 ,69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marcia Feliciano da Silve inscrito (a) no CPF sob o Nº 075167754-01
 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Marcia Feliciano da
Silve
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 075167754 pt1, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua da República</u>	Número:	<u>390</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>58030-180</u> Tel. (DD): <u>48873-0310</u>

Local e Data: joão Pessoa, 12/08/2019

Floriana da Silve Bemove

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Mariene da Silva Santos,

RG nº 1.278.602, data de expedição 03/02/2004

Órgão SSP, portador do CPF nº 630.925.224-00,

com domicílio na cidade de Bayeux no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua - Marechal Rondon/ Jd. Seropérito, nº 39,

complemento _____, 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 Feliciano de Souza, cujo o condutor era

Romildo da Silva Santos.

Veículo: QFX 6429 Modelo: BROS Ano: 2016

Placa: QFX 6429 Chassi: 9C2KUD08J06R482896

Data do Acidente: 23/09/2018

Local e Data:

Bayeux, 19/07/2019

Mariene da Silva Santos.



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

MARILENE DA SILVA SANTOS

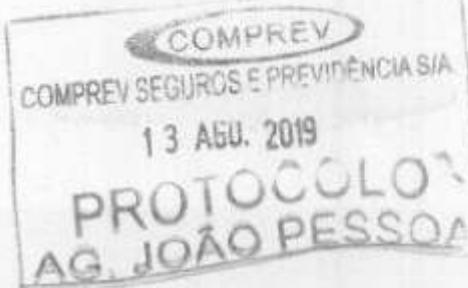
Em testemunha verdade, Bayeux-PB 19/07/2019 12:54:27

Hely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituto

[2019-006666]ENOL-R\$ 99,91 FARPEM-R\$ 0,29 FEPJ-R\$ 1,98 ISS-R\$ 0,50

SELLO DIGITAL: AIM04307-LFPP

Confira a autenticidade em <https://selodigital.jus.br>



CERTIDÃO

Nº. 0433/2019

Atendendo solicitação de **MARCIA FELICIANO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 166642 e prontuário nº 2018.09.003578 pertencente ao requerente que foi atendido dia 25/09/2018 às 10H30min vitima de queda de moto,. Apresentando trauma em membro inferior direito.

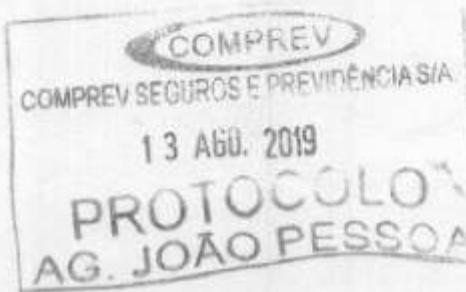
Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidencio fratura do maléolo tornozelo direito. Realizado procedimento ambulatorial imobilização + realização de cirúrgico em 2 tempo com alta médica dia 26/09/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de junho de 2019



Dra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516
Médica
CRM/PB 4516





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maria Felicino da Silva Data da Admissão: ____ / ____ / ____
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento ____ / ____ / ____

QPD: Dor no Tornozelo direito

HDA: Paciente com história de crise
com ocorrências referindo dor edema e
inchaços de manutenção do Tornozelo direito

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso ____ Kg em ____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
[]Amnésia []Libido []Humor

Nome: <i>Márcia Feliciano da Silva</i>				Registro:	
Idade: 31 anos	Sexo: Fem	Cor: Parda	Clinica: Traumatol.	EMP:	LR:
Data: 25/09/2018				Cirurgião: Alexandre Galvão	
1º Assistente: Jorge Augusto				2º Assistente: Felipe (R1)	
Anestesista: Luis Eduardo Imbelloni				Instrumentador: Karinthia	

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura do Maléolo Lateral Direito

S82.0

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Osteossíntese do Tornozelo

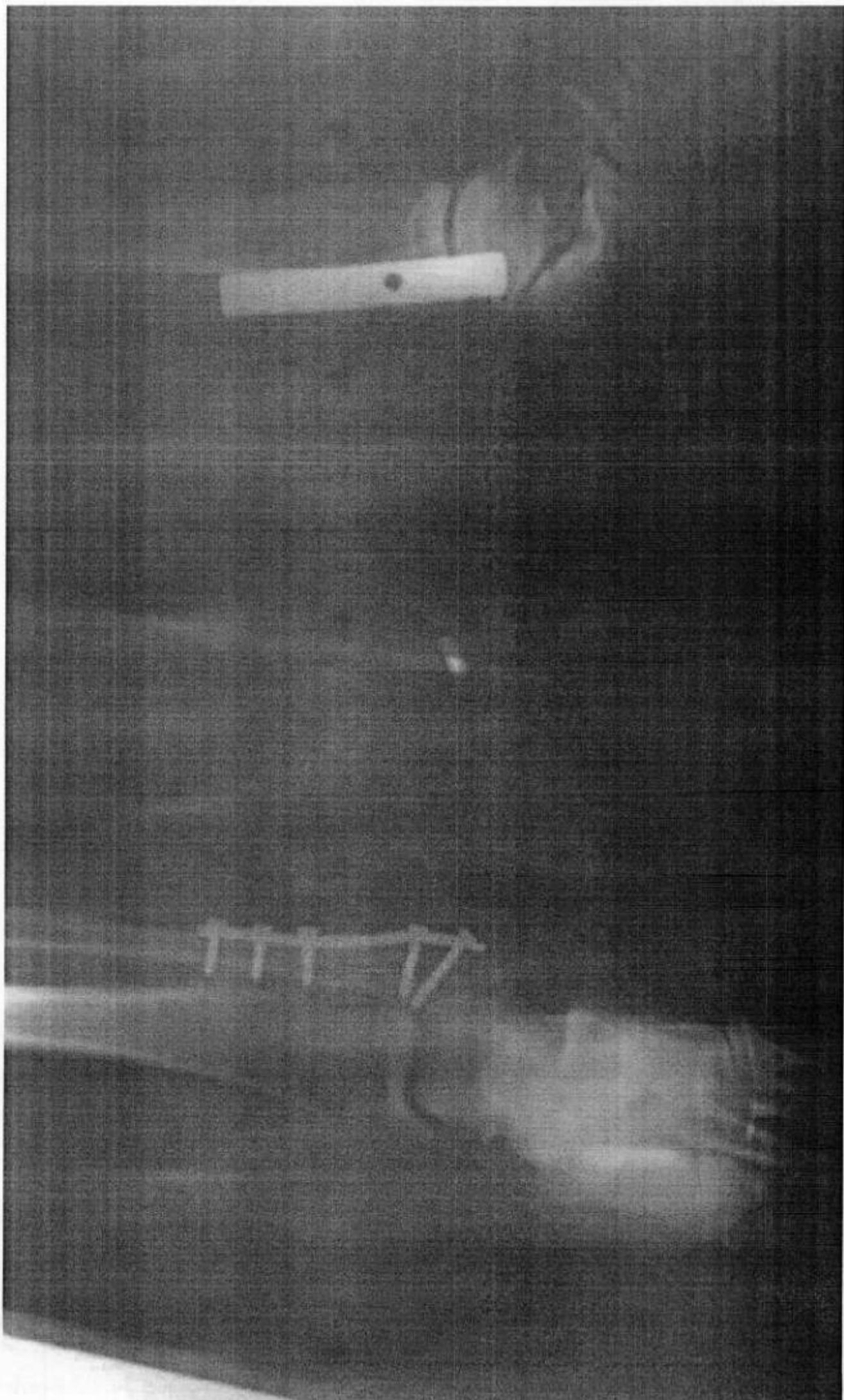
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não

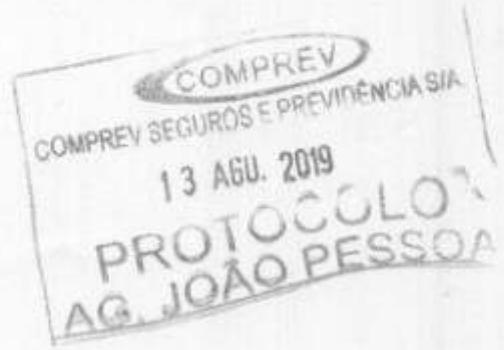
Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico





COPON		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GIRAR	3.304.045.	-2 VTA
DATA DE EMIÇÃO	16/07/2018	
NAME	MARCIA FELICIANO DA SILVA	
	FÁLICO SEVERINO BARBOSA DA SILVA	
	CREUZA JORNITA FELICIANO	
INSTITUIÇÃO	JOÃO PESSOA-PB	
DOC. OFICIAL	C.A.S. C/ AVERB N.12458 F.134 L.B-44	
CARTÓRIO	CARTÓRIO 1º BAYUX-PB	
DATA	075.167.754-01	
DATA DE Nascimento	25/10/1986	
DATA DE EMISSÃO	25/07/2018	
DATA DE EXPIRAÇÃO	25/07/2023	
TIPO	A +	
ASSINATURA		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

NÚMERO
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

SOCIAÇÃO
JOÃO PESSOA-PB
RA:

2671198 - 6227/PB
ESTADO DE PERNAMBUCO

SEN

DATA DE EXPEDIÇÃO
15/05/1994
CF

046.976.624-89
PA
LACRADO EM

01 12/01/2009

026 RÁDIO PORTO JERÔNIMOS

16540

TEMPE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07841734



OAB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 AGU. 2019

PROTOCOLO:
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Marcia Feliciano da Silveira, brasileiro(a), estado civil divorciada, profissão funcionária, residente e domiciliado à Rua Nilda José Elias Silveira 17, bairro alto da Boa Vista, Município de Baixio, Estado de (o) PB, Cep: 54.304-045, SSP/PB e CPF nº 075.167.754-01, portador(a) do RG nº 3.304.045.

Outorgado: Floriana da Silveira Góisnara, brasileiro(a), estado civil sóltore, profissão adotegada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 390, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58.018-079, SSP/PB e CPF nº 048.079.624-69, portador (a) do RG nº 2671190.

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) Marcia Feliciano da Silveira ocorrido em 23/09/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

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.

João Pessoa 14 de 06 de 2019.

de 2019.

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s): Marcia Feliciano da Silveira
En test da verdade. Baixio-PB 14/06/2019 15:21:47
Nely Santiago Pereira Feitosa - Tabelia Substituta
(2019-003516)EMUL:R\$ 39,91 FARPEH:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIR67379-BVBZ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tabelias.com.br>.

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

13 AGO. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276905/19

Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA

CPF: 075.167.754-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: MARCIA FELICIANO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

MARCIA FELICIANO DA SILVA : 075.167.754-01

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: 13/08/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO