

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Daniel Araújo de Lima, portador da carteira de identidade nº 10.353.731 e inscrito no CPF/MF sob o nº 308.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, 41/nº 5º Condomínio, Cidade Princesa Isabel, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

xDaniel Araújo de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SABEMI SEGURADORA S/A
22 SET 2017
RECEBIDO

Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Local e data

SAMU
192

não autorizado



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL - PB
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
 FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USA 07



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DN: 14/05/98

SUS: 161294441930018

DATA: 21/07/17 OCORRÊNCIA N°: 159

PACIENTE:

Daniel Henrique da Costa

IDADE: 19

SEXO: MASC. FEM.

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

Praia de Vauá no p/ág. BB Centro

BAIRRO:

MÉDICO REGULADOR:

Dr. Leandro

APOIO NO LOCAL:

PM RESGATE / BOMBEIROS / RESGATE PRF / CPTRAN / STRANS / OUTRO

QTA: SOCORRIDO POR TERCEIROS

RECUSOU ATENDIMENTO

SOCORRIDO PELO BOMBEIRO

LOCAL NÃO ENCONTRADO

OUTRO

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIATRÍCO
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABALIMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINSCO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENINA
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGAS
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE

SERVIÇO MÉDICO: H.R.P.I.

RESPONSÁVEL:

Dr. Francisco Freitas
Médico
CRM-PB 5603
CNPJ 25.174.745/0001-80

SABER/SEGURADORA/S/A

MOTIVO DE TRANSPORTE

 APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES OUTRO:

22 SET 2017

RECEBIDO

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

4.5kg de peso corporal e queixa de dor abdominal contínua em torno do abdômen e na região pélvica. Dor intensa e constante.

-MSF e MIF

ADOS VITAIS

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: P30lpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mmhg <90mmhg

P.A.: 170 x 90 mm/di FC: 129 FR: 22 TEMP.: 36 °C. GLICEMIA: 106 mg/dl Esc. Coma: 5pO2s/O2: 95

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade, Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída, Comunicação Verbal Prejudicada, Confusão Aguda, Desambulação Prejudicada, Dúbito Cardíaco Diminuído, Desobstrução Ineficaz das VVAAs, Disreflexia Autônoma, Dor Aguda e Hipertensão, Hipotermia, Integridade Integridade Tissular Prejudicada, Integridade Tissular Cerebral Ineficaz, Medo, Intolerância à Atividade, Mucosa Oral Prejudicada, Padre Respiratório Tissular Renal Ineficaz, Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz, Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz, perfusão deficiente, Volume Excessivo de Líquidos, Náuseas, Retenção Urinária, Percepção Sensorial Perturbada, Interação Social Prejudicada, Incontinência Intestinal, Eliminação urinária prejudicada, Constipação, Outros.

INTERVENÇÕES

Inabilitação de membro, curativos, venoclise em M.SF e MIF.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Sintomas de existente motricidade, consciente e orientada, apresentando movimento contínuo das M.SF, dor corporal e abdominal - dor abdominal M.SF e MIF, forte mobilização dos membros e articulações, curativo das feridas, aplicação de medicamentos e injeção de sangue, foi encaminhado ao H.EFI.



SAMU

192



Gazes
Atadura.
Espar (1)
Téle n° 22 (1)
Téle n° 20 (1)
Sering. hirud (1)

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Medicinas
SRH (1)
Tilatip (1)
A'D (1)

E.C.G.

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

AGITAÇÃO SONOLÉNCIA COMA CONVULSÃO OTARRAGIA RIGIDEZ MIDRÍASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL SEMANAS TRABALHO DE PARTO
OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL CÂMULA OROFARINGEA CRICOTIREIDOSTOMIA RESPIRADOR
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O₂) DRENAGEM TORÁCICA MASSAGEM CARDIÁCA EXTERNA
 DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA / S.VESICAL
 SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL TALAS/TRAÇÃO OROTRAQUEL OUTROS:

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

SRH 500 ml EV

Tenoxicam 40mg + AH EV

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

LIBERADO APÓS ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____
ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____	CRM: _____	MAT.: _____
ENFERMEIRO(A): <u>Graciele</u>	COREN: <u>253945</u>	MAT.: _____
AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: <u>José</u>	COREN: _____	MAT.: _____
CONDUTOR: <u>José</u>	CNH: _____	MAT.: _____

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL ARAUJO DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02542-9

CONTA: 000000121861-1

Nr. Autenticação

BRADESCO3103202005000000000237025420000012186194500 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mariel Araújo de Lima,

RG nº 10.353.714, data de expedição 16/03/16, Órgão SDS/PE,

CPF nº 108.184.224-06, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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>Rua Joaquim Ponteiques</u>
Número	<u>15/n</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>jt. Jardim</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	<u>(87) 3846-1036</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Assinatura do Declarante: Daniel Araújo de Lima

SABEM SEGUROAGORA
22 SET 2017
RECEBIDO

ELLENILDA NEVES DE ARAUJO
RUA JOAQUIM RODRIGUES, 897 - JD. CAROLINA
PRINCIPEPS/SAE/PE CEP: 57760-000 (46-169)

Classe/Síntese: RESIDENCIAL / BÁSICA MONOFÁSICO nº 230, A= 25 - Cefet/Rodrônio-Jaboatão/PE CEP: 56007-690
Referência: Jun/2017
Número: 9-185-80-5210
NP medidor: 00000000000000000000000000000000

energisa
ENERGIA ELÉTRICA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 06.166.163/0001-40 - Inscrição 16.015.923-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: P000.017.927
Código para impressão automática: 00016016927

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 | Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a:

UC (Unidade Consumidora): 5/1597697-2

Celular do contato:

Jun / 2017

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE é criada pela Lei
nº 10.438, de 28 de junho de 2002.

Apresentação:

13/06/2017

Data prevista da
próxima leitura:

14/07/2017

CPF/CNPJ/RNE:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
0428272443 Inst. Est.	0428272443 038517-8335	038517-8497	1	103,29

Faturas em atraso:

Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo mês 03/2017-BR	39	0,14934	4,23	
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,25087	17,58	
Consumo - 101 a 220kWh-BR	2	0,39831	0,79	
Adm. B. Vermeia			0,99	
Sujeito			18,47	
ICMS			0,70	
PIS			0,24	
COFINS	1			

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Histórico de Consumo
(kWh):

Mar/17	118
Abr/17	102
Mai/17	120
Jun/17	107
Jul/17	98
Set/17	143
Nov/17	129
Out/17	140
Sep/18	121
Agosto/18	111
JUN/18	104
Junho/19	108

BASE DE CALCULO	ALUGO/VA	VALOR R\$
ICMS	08,41	0,00
PIS	08,41	1.031,60
COFINS	08,41	4.742,50

VENCIMENTO:
21/06/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 59,02

Média dos últimos meses:
108

77ba.37f5.2182.3877.8cf6.9f78.5bb9.88c7.

Indicadores de Qualidade (2017 - Últimos 12 meses):

Límites do ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão
DIG. MÉS/AL	7,00	0,00
DIG. TRIMESTRAL	15,22	NOMINAL
DIG. ANUAL	30,05	220
FC. MÉS/AL	3,81	0,00
FC. TRIMESTRAL	7,31	COMPATADA
FC. ANUAL	14,70	LIMITES INFERIOR
DTC	4,31	LIMITES SUPERIOR
DSP	12,22	220

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Conta de Energia/PE	9,31	16,83
Compra de Energia	10,80	18,27
Beméfico de Transporte	0,61	1,07
Encargos Sociais	3,27	5,54
Repasses Diretos e Encargos	34,46	59,38
Outros Beméficos	0,00	0,00
Total	60,00	100,00

Valor do EUDD (Rel. 4/2017) R\$ 11,68



0121 - CTO RECIFE PE PL11
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVEMBRO, 124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO-PE



721351282005580000004611630050417

Referência

MARCO /2017

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/04/2017

Total a pagar

R\$ 116,39

Resumo da sua fatura



OI FIXO.....

OI FIXO.

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
PACOTE DE MINUTOS FIXO-NIVEL LOCAL
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31
SERVIÇOS DIGITAIS
OUTROS PACOTES E SERVIÇOS PESSOAIS

R\$ 86,65

56,17



EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS

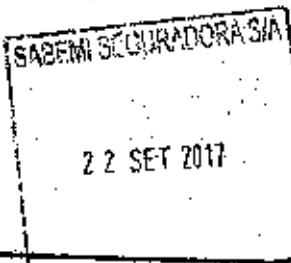
LIGAÇÕES FIAM-FIAM

SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS

R\$ 29,74

13,16

16,58



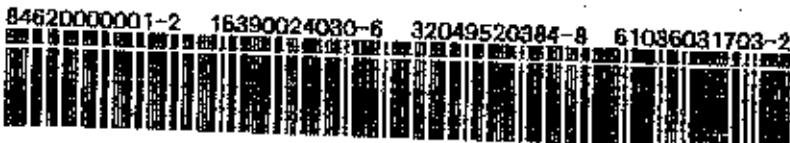
RECEBIDO

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato:

Mais informações em oi.com.br/9digito.

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 23.000.116/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50080-260
MATRIZ CNPJ: 23.000.116/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3
CONTA 00000017 LOCAL 4052 DV.



FATURA N. 1202160506017

VENCIMENTO: 15/04/2017

VALOR A PAGAR R\$ 116,39

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723928 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 21/07/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM FACE
TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

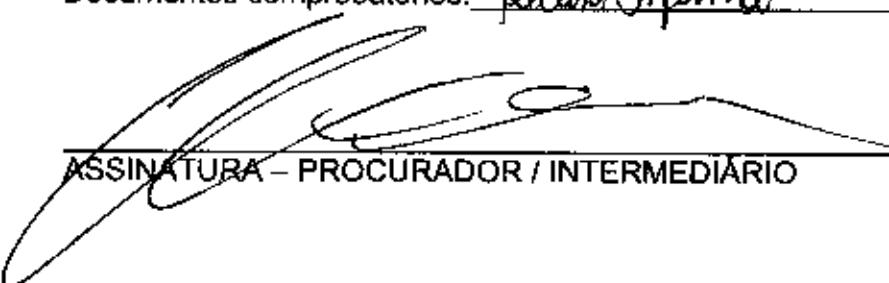
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Hawtho Magillón de Corrallo, portador(a) do RG nº 66222847, expedido por S.DF / PE, em 11/11/11, CPF/CNPJ nº 041.542.024-56, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Daniel Braga de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Trabalho da vítima Daniel Braga de Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Reune informou

Documentos comprobatórios: Reune Informa


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A
22 SET 2017
RECEBIDO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Wilson Soárez Evangelista,

RG nº 3844520, data de expedição 06/04/2010
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 034.593.714-09, com
domicílio na cidade de Ribeirão Brilhante, no Estado de
Mato Grosso, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sequim Valente, onde da Silveira nº 100,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Daniel Araújo de Lima, cujo o condutor era
Daniel Araújo de Lima.

Veículo: Honda CG 150 FAN ESDI

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: PGU - 2108

Chassi: 3C2KC1680ER404290

Data do Acidente: 21/07/2017

Local e Data: Ribeirão Brilhante, 18 de agosto de 2017.

José Wilson Soárez Evangelista
Assinatura do Declarante

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

GEMILIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emilia Érica Alves Frassão - Tabelária Interventiva
* Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis
* Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis

[Large handwritten signature over the stamp]
Emilia Érica Alves Frassão
Tabelária Interventiva

[Large rectangular stamp with illegible text]

15 DEZ 2017



HOSPITAL REGIONAL
Dep. José Pereira Lima
PRINCESA ISABEL-PB

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2321637 CNPJ: 08.778.268/0039-33

NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL

ENDERECO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCABEL

CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Mae: ELENILDA NEVES DE ARAUJO LIMA

Pai: IRANIILDO JOVINO DE LIMA

Nascimento: 14/05/1998 Idade: 19 Cor: PARDA

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: JOAQUIM ALEXANDRE DA SILVA NETO

Bairro: JARDIM KARLOTA

Cidade: PRINCESA ISABEL - PB - 58755-000 - 2512309

Naturalidade: PRINCESA ISABEL - PB

SABEM SEGURODORA S/A	RECÉDIO
Num.: 2	M
Fone:	

CNS: 708-7051-8101-6697

Identidade:

Reg. Nasc.:

CPF:

Recepção: NIEDJA

Data / Hora: 21/07/2017 14:48:36

Ficha Número: 82607

43456

*Acidente de moto com bocanço
na face e quadril. Reabilitado dx, re-
frigeração consciente e orientado.
140x20 cm²*

PESO: 65 kg PA: 120x70 mmHg TEMP: 35,5
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) 22-30h 37,2°C

Aferido sínus ritmo jas 089m45 (22/07/2017)

PA: 131x74 mmHg, FC: 120 bpm, SPO2: 92%

T: 37,1°C. Jabo Paulo Lima de Souza

ENFERMEIRO

COREN-PB 32110

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

CARTÓRIO DO FÓRUM "CAMPOS BARROS"
PRINCESA ISABEL-PB

Autenticação: presente copia, reprodução-fiel do original que se foi
apresentado. Em teste unido à verificação:
Princesa Isabel-PB 01/08/2017 15:27:41
Gabriel-Lima-de-Campos-Barras--Substituto
[2017-005804] END: 2,31 FAOPEN: R\$ 0,27 FEEP: R\$ 0,46
SELO DIGITAL: AFKJ0261-QSP2
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1 g - 400 mg - L-SFO, 92 - 100 mg

100 mg - 1 g - 100 mg

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRIÇÃO

Gestura com mylo 4.0.

DIAGNÓSTICO

Laceração na face, quadril

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL
	<input type="checkbox"/> ÓBITO
	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -					
2 -					
3 -					

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos Dr Francinélio Freitas

Médico CRM PB 9603

CRM 703404579057800

CBO

Médico / Crm / Cns

FRANCINÉLIO DE SOUSA FREITAS - 9603-162-4903-6262-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPSOASVEL

Polgar Direito

Shanilda Ferreira da Cruz Lima

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **DANIEL ARAUJO DE LIMA**, portador (a) do RG de nº **10.353.711 SDS/PE**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao mês de **JULHO/2017**.

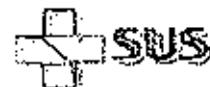
Princesa Isabel-PB, 26 de julho de 2017.

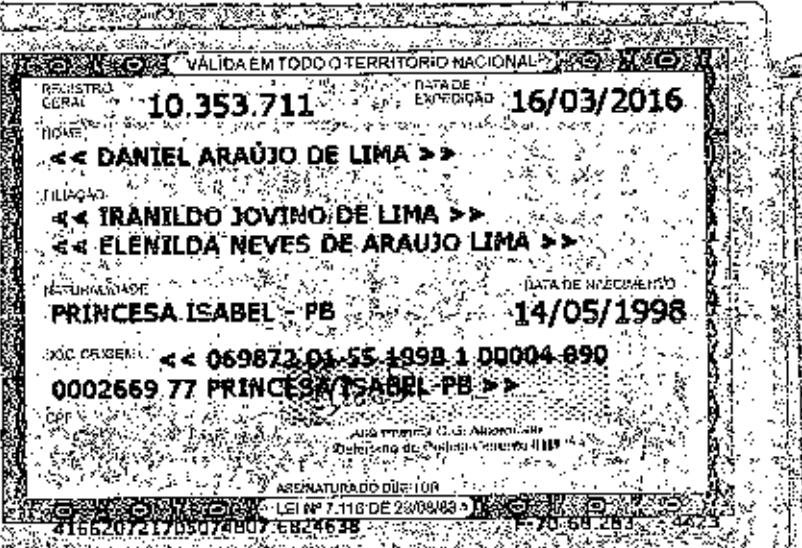


EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0



ALAMEDA DAS ACÁCIAS, Nº 1444 –
ALTO DO CASCAVEL -PRINCESA ISABEL - PB
CEP 58.755-000- CNPJ - 08.778.268/0039-33
FONE: (83) 3457-2585/3457-2988







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 708.184.224-08

Nome: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data de Nascimento: 14/05/1998

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2014

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 10:59:45 do dia 19/09/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 5423.B4AD.C3B1.A9D1



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT -

**IDENTIFICAÇÃO**VITIMA Manuel Araújo de LimaDATA DO ACIDENTE 26/04/2014 CPF DA VITIMA 703.184.224-08**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Vítima REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA EENDERECO DO PORTADOR Rua da Arvore de MenorâniaNº 124 COMPLEMENTO Bairro CentroCIDADE Guarapari UF ES CEP 29.870-000E-MAIL frete.adocencia@gmail.com TELEFONE (51) 3846-1046

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DE DOCUMENTOS **INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS** **ID****DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> - MORTE = R\$ 13.500,00 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
|------------------------|--|

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 50 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADORAOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENITDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DANIEL ARAÚJO DE LIMA, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 10.353.711 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 708.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Jd Carlota, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **DANIEL ARAÚJO DE LIMA**.

Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.



Daniel Araújo de Lima

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



EMÍLIA ÉRICA

SERVÍCIO NOTARIAL ERICAS TRAI

Z TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emilia Erica Alves Frazão - Tabeliã Intervia
Sala 04 Nossa Senhora do Rosário, 222, CEP: 58.755-000, Princesa Isabel/PB
Tel: (87) 3846-1036 / Cel: (87) 98888-1036 / WhatsApp: (87) 98888-1036
Sr. test. da verdade, Princesa Isabel/PB, 18/08/2017
Emilia Erica Alves Frazão - Tabeliã Intervia
[2017-024901] EXP-1812014-PEN-R3-0,27 TEF-0,00
SELO DIGITAL: 2631186-777
Confira a autenticidade em <http://seledigital.tabelianet.com.br>

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emilia Erica Alves Frazão
Tabeliã Intervia

SABENI SEGURODOSSAIA

22 SET 2017

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DANIEL ARAÚJO DE LIMA, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 10.353.711 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 708.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Jd Carlota, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: DANIEL ARAÚJO DE LIMA.

Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.



Daniel Araújo de Lima
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



EMÍLIA ÉRICA

SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a (15) 1170-01 de
DANIEL ARAÚJO DE LIMA
Em test. da verdade, Princesa Isabel - PB, 18/08/2017
EMÍLIA ÉRICA ALVES FRAZÃO - Tabelária Intervina
[2017-804981] NML: 09, 23 FARPOCR: 0,27 FEPJ: 0
SELO DIGITAL: AFY91180-7776
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tabelianas.com.br>

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emilia Erica Alves Frazão
Tabelaria Intervina

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472225/19

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

CPF: 708.184.224-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2017

Titular do CPF: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

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
DUT

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

DANIEL ARAUJO DE LIMA : 708.184.224-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723928

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

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, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723928

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

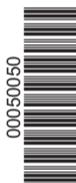
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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 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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723928

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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.seguradoraalider.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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190723928 Vítima: **DANIEL ARAUJO DE LIMA**

Data do Acidente: 21/07/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000002542-9

Conta: 000000121861-1

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Aprovado de conformidade

00014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Daniel Araújo de LimaPORTADOR(A) DO RG N° 10.363.711EXPEDIDO POR SDS / PEEM 16/03/16 ECPF 30818422408 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO estudante

E RENDA MENSAL DE R\$ Reais (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Araújo de Lima. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário de Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

SAREM SEGURODA SIA

22 SET 2017

RECEBIDO

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2542 - 9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0121861 - 1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Ribeirão Preto, 18 de Agostode 2017.x Daniel Araújo de Lima

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Data: 14/08/2017 Hora de Brasília: 13:07

Extrato de Conta Corrente via

DANIEL ARAUJO DE LIMA 13:07:00
AGÊNCIA 2542 LIA 0221061-1 14-AGO-2017

Rg. Brasileiro : 2542 - AF04-04
UNIDADE
Corresp. Banc.: 287 - 6768 SUPERMERCADO
HSB: 027937413866 Autenticação: 055678

MOVIMENTA BRASILCO
0000 727 9933

MSU Rodo: 061364 Hora Rodo: 13:02:30
Terminal: 00000000



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16º AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I DÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

OCORRÊNCIA POLICIAL N° 555/2017, LIVRO nº 003/2017.

DATA: 09 de agosto do ano de Dois Mil e Dezessete

HORA: 16h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

SABEMI SEGURADORA S/A

22 SET 2017

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

RECEBIDO

Noticiante: DANIEL ARAÚJO DE LIMA

Estado civil: solteiro RG: 10.353.711 SDS/PE CPF: 708.184.224-08

Sexo: MASCULINO Nascimento: 14/05/1998 Idade: 19 ANOS

Naturalidade: Brasileira Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: AGRICULTOR

Filiação: Iranildo Jovino de Lima e de Elenilda Neves de Araújo Lima

Endereço: Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Bairro Jardim Carlota, PRINCESA ISABEL/PB

NARRATIVA

QUE, no dia 21 de Julho de 2017, por volta das 14:30 horas, sofreu um acidente automobilístico nas imediações do centro desta cidade de Princesa Isabel, quando conduzia uma motocicleta no sentido a sua residência quando nas proximidades da prefeitura, quando um veículo ao abrir a porta do veículo, sem observar se vinha alguém atrás, foi quando colidi com a porta do veículo chegando a cair ao solo; Que fui socorrido pela unidade do SAMU, sendo atendido no hospital Regional de Princesa Isabel/PB; Que sofreu quebra de dentes na parte exterior na sua boca, e alguma escoriações pelo corpo; Que pilotava uma moto Honda/CG 150 FAN ESDI, de cor Vermelha, de fabricação 2013 modelo 2014, Placa PGU-2108/PE, CHASSI N° 9C2KC1680ER404290, Registrada em nome de José Erielson Sabino Evangelista.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 06 (cinco) anos).

Notificante: Daniel Araújo de Lima

DELEGACIA DE POLICIA
CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS

REGISTRO GERAL DE TURPOS, TITULOS E DOCUMENTOS
PESO: 100,0000g E 100,0000g

ANTONIO DE ALMEIDA BRAGA SOUSA DELEGADO NACIONAL DO COFCA

Recebi de Pedro Quirico de Certidao que a presente cópia é a

Pedro Quirico de Certidao que a presente cópia é a
Agente de Policia reprodução fiel do original que me foi
apresentado, dou fé. Triunfo, 09 de
setembro de 2017. Subscritora: EDIVANEIDE
MENEZES DE SOUSA. Emol.RS 3.32. CENR
R\$ - 0,66, ERRC, R\$,0,33, Total, R\$,0,99
Selos: 0073841, KZQ08201705, 00162.