

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11448823

A/C: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170422586 ASL-0295400/17

Vitima: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Data Acidente: 11/03/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Laudo do IML - Lesões corporais infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3170422586**
Vitima: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**
Data do Acidente: **11/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170422586**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12342050



Autorização de pagamento

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, WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.814.457 EXPEDIDO POR SSOS - PB EM 24/09/2015
CPF 981062874-91 / CNPJ 000000000-000000-00, PROFISSÃO VIGIA
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS 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 ou 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 Lotéticas 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.

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 informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.00042728-2

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.

José Pessoa 12 de JULHO de 2017 Washington Luiz da Silva Santos
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 ao/s 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



6277 8010 3334 2175

WASHINGTON LUIZ S SANTOS

0036 013 00042728-2 08/18



DÉBITO

Seguros Líder Devid. 2 e 30/01/2017 13:14 - 0000001781

Seguros



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01119.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01119.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 08 dias do mês de Junho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 11:19 horas, compareceu **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão EMPERMIABILIZADOR, naturalidade João Pessoa, data da nascimento 30 de Março de 1975, idade 41, filiação ARACILDA DA SILVA SANTOS e JOSÉ DA PENHA DOS SANTOS, Documento - CPF: 981.062.874-91, residente R. MACEIÓ, 51, GROTÃO, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98605-5395

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 11/03/16 18:45

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: RUA ADMINISTRADOR MANOEL ANGELO DE OLIVEIRA, João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 11/03/2016, POR VOLTA DAS 18:45 HORAS QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP 100, VERMELHA, ANO 2015, PLACA QFI2327/PB, CHASSI:9C2HB0210FR474942, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANA SILVA F. DE OLIVEIRA, PELA BR 230, KM 25, PRÓXIMO AO SUPERMERCADO AÇAI, JOÃO PESSOA/PB, AO PARAR NO ACOSTAMENTO E LIGAR O PISCA ALERTA, TEVE SUA MOTOCICLETA ATINGIDA NA PARTE TRASEIRA POR UMA MOTO DE MARCA HONDA/CB 300, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, FAZENDO COM QUE O NOTIFICANTE CAÍSSE AO SOLO. E EM DECORRÊNCIA DESSE FATO SOFREU FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO E CONDUZIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL.

Boletim de ocorrência



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua: Manoel Angelo de Oliveira, 51 - Grotão
João Pessoa - PB

2º Tabelionato de Protestos
PRINCIPAL: N.º 40 - CENTRO
CEP: 55014-70 - JOÃO PESSOA - PB
FONE: (83) 3041-9461 - FAX: (83) 3041-2020

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB 03/07/2017, 08:07:03

Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente

[2017-036038] EML:R4 2,31; FAPEN:R4 0,17; FEPJ:R4 0,46; ISS:R4 0,12

SELO DIGITAL: AFG19554-KKFA7

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

João Francisco da Silva
Selo Notarial e Registral

Procedimento: 01119.01.2016.1.02.202

Documentação - 11/03/2016 - 18:45 - 08:07:03 - 03/07/2017 - 08:07:03 - 03/07/2017 - 08:07:03

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 08 de Junho de 2018

Washington Luiz da Silva Santos

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Noticiante

Rivaldo Marcos de Souza Melo

Agente De Investigação



SOL 70
TABELIONATO DE PROTESTOS
Bela Vista Angola Santa Catarina
Tabela

1º OFÍCIO DE NOTAS
2º TABELIONATO DE PROTESTOS
RUA 1811, Nº 20 - CENTRO
CEP: 53010-000 JOÃO PESSOA - PB
FONE: (33) 3341-3043 FAX: (33) 3341-3043

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa - PB 03/07/2017 08:07:03

Carlos Antonio da S. Torres - Esc. evento

[2017-036039] ENL:R\$ 2,31; FAPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 0,6; FEPN:R\$ 0,02

SELO DIGITAL: AFD19555-0141

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

Rivaldo Marcos de Souza Melo
Agente De Investigação



CTC RECIFE PE PL12

PC-15

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
R MACEIO 51
QD14LOT6 - FUNCIONARIOS II
58078-124 JOAO PESSOA - PB

Postagem: 22/06/2017
Vencimento: 03/07/2017
Emissão: 22/06/2017
a próxima fatura: 29/07/2017

Itaú



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	00,00
Pagamentos efetuados	0,00
Saldo financiado	705,47
Encargos (financiamento + moratório)	132,60
Lançamentos atuais	19,60
Total desta fatura	857,67

Titular **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**
Cartão **5267.XXXX.XXXX.0067**

Consulte sua fatura na internet: www.cartaoamericanas.com.br

Vencimento	A) pagamento total R\$	B) pagamento mínimo R\$	C) parcelamento R\$	D) entrada para financiamento: pague qualquer valor entre: R\$
03/07/2017	857,67	358,42	Não Disponível	Não Disponível

Consulte outras opções

Nova opção de pagamento
D) entrada para financiamento:
Quando disponível, o valor pago
será considerado como entrada
de um financiamento e o saldo
restante será dividido em parcelas
fixas com juros iguais aos do
parcelamento da fatura.
Se você efetuar um pagamento
inferior ao valor mínimo da entrada,
você estará em atraso, com
cobrança de juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	900,00
Limite utilizado no mês	709,96
Retirada de recursos País(saque)	230,00

Lançamentos: produtos e serviços

DATA	PRODUTOS/SERVIÇOS	VALOR EM R\$
24/05	ANUIDADE DIFERENCIOS/08	10,90
06/06	SEGURO MAXI PROTECAO	5,13

Lançamentos produtos e serviços **16,03**

Outros lançamentos

DATA	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
21/06	REEMBOLSO DESP COBRANCA	3,57
Total de outros lançamentos		3,57

Total dos lançamentos atuais **19,60**

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
24/05	ANUIDADE DIFERENCIOS/08	10,90

Continua...



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75835 79745.122048 00114.920002 4 000

Número do Documento

00083797451/0003221

Nome do Pagador(CPF/CNPJ)

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS - 981.062.874-91

Nome do Beneficiário(CPF/CNPJ)

ITUF - ITAÚ UNIBANCO FINAN. S.A - 07.221.678/0001-43

Endereço do Beneficiário

PÇA ALFREDO EGYDIO DE SOUZA ARANHA, 100, ITAÚA, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP

Mês e Ano

175/03797451-1

Valor do Documento

R\$ 857,67

Vencimento

03/07/2017

Autenticação Mecânica

recibo do pagador

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75835 79745.122048 00114.920002 4 000		
Local de Pagamento				Data de Vencimento	
Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. Dê preferência para o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				03/07/2017	
Nome do Beneficiário(CPF/CNPJ)				Agência/Código Beneficiário	
ITUF - ITAÚ UNIBANCO FINAN. S.A - 07.221.678/0001-43				2040/01149-2	
PÇA ALFREDO EGYDIO DE SOUZA ARANHA, 100, ITAÚA, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP					
Parcela Mensal	Número do Documento	Espec. de TMC	Anexo	Data de Vencimento	Mês e Ano
03/07/2017	00083797451/0003221	FT	N	22/06/2017	175/03797451-1
Valor da Entrada	Carteira	Espec. de TMC	Quantidade	Valor	Valor do Documento
175	R\$				R\$ 857,67
Instruções de Pagamento de Emenda:				1) Pagamento Abnormal	
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (I) Pagar pelo menos o valor mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (II) optar por umas das opções de parcelamento de fatura oferecidas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento; (III) pagar qualquer valor indicado na opção "Entrada p/ financiamento", financiando o restante em parcelas iguais, com juros de Parcelamento da Fatura.				2) Juros/Multa	
				3) Valor Pago	
Nome do Pagador(CPF/CNPJ)/Endereço/Cidade/UF/CEP					
WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS - 981.062.874-91					
R MACEIO 51 - QD14LOT6 - FUNCIONARIOS II - 58078-124 JOAO PESSOA - PB					
Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
Total próxima fatura		10,90
Demais faturas		21,80
Total para próximas faturas		32,70

Encargos cobrados nesta fatura

Juros do rotativo	16,90 %	118,53
Juros de mora	1,01 % am	6,94
Multa por atraso	2,00 %	6,18
IOF de financiamento		0,95
Total de encargos em R\$		132,60

Rotativo (pgto mínimo) desta fatura

Valor da fatura atual		857,67
Juros mínimos do contrato	17,46 % am	608,48 % aa
Encargos em caso de pgto. mínimo (R\$)		87,17
CET do financiamento da fatura	18,09 % am	655,81 % aa
	Valor em R\$	financiando
Valor total financiado	499,75	100,00 %
Valor do IOF	3,13	
Valor total a pagar	589,55	

Compras parc. c/ juros próximo período

Limite de crédito		900,00
Juros da compra parcelada	5,99 % am	102,95 % aa
CET da compra parcelada	6,30 % am	110,29 % aa
	Valor em R\$	financiando
Valor total financiado	900,00	100,00 %
Valor do IOF	26,77	
Valor total a pagar	1.719,36	

Demais Taxas de Juros próximo período

De retirada de recursos país	16,43 % am
------------------------------	------------

Fique atento a fatura (03/07 a 02/08)**Encargos de financiamento**

Juros máximos de financiamento ao mês	17,46 %
Juros máximos de financiamento ao ano	608,48 %
Encargos máximos em caso de pagamento mínimo (R\$)	87,17

CET - Custo efetivo total

(ao mês e ao ano)

De financiamento	18,09 %	655,81 %
De retirada recursos país	18,16 %	661,28 %
De parc. compras com juros	6,30 %	110,29 %

**30
horas**

3003 3030 (centrais e regiões metropolitanas)
0800 720 3030 (centrais locais, serviços e chamadas de telefonia fixa)

De segunda a sábado, das 6h às 22h. Exceto feriados nacionais.
Consultas, informações e serviços transacionais.

acesse
itaucard.com.br
ou utilize as
caixas eletrônicas

SAC 0800 724 4845

reclamações, cancelamentos e informações gerais. Todos os dias, 24h

Ouvidoria 0800 570 9111

se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, compare a Ouvidoria. Dias úteis, das 9h às 18h

Deficiente auditivo/fala 0800 724 4838

Todos os dias, 24h

Em atendimento à Lei 12.077/09, declaramos que, com exceção dos débitos constantes nesta fatura e de despesas eventualmente contestadas, os valores lançados nas faturas anteriores encontram-se quitados. Esta declaração substitui as comprovantes anteriores.

Instruções para pagamento

Você pode pagar a sua fatura em qualquer agência bancária até a data de vencimento. Pagamentos anuais podem ser efetuados nas agências do Itaú ou, para contatá-lo, no Itaú 30 horas online, por telefone ou nos canais eletrônicos. Caso você não receba a fatura em tempo de realizar o pagamento, poderá consultá-la total das suas despesas nos canais eletrônicos, na central de atendimento ou acessando o site www.itaucard.com.br.

Exiba a forma de pagamento mais adequada

Pagamento Total: essa é a melhor opção, pois pagando esse valor você quita sua fatura, e não lança incidência de juros.

Pagamento Mínimo: esta modalidade é recomendada apenas para períodos curtos. Pagando apenas o valor mínimo (o Pagamento Mínimo e o Valor Total da fatura até a data de vencimento), você financiará a diferença, que será cobrada integralmente na fatura seguinte, com incidência de encargos (juros de financiamento + IOF), além da incidência de juros nos próximos juros e parcelas de compras parceladas sem juros e sem encargos na fatura atual. Verifique em nosso "Guia de Pagamento da Fatura" a taxa para o financiamento e consulte o CET do financiamento da fatura, antes da contratação.

Parcelamento de Fatura: é o parcelamento do valor total da sua fatura. Para contratar, é necessário pagar, até a data de vencimento, o valor total da parcela incluindo os encargos, de um dos planos de parcelamento disponível. O valor total das parcelas comprometerá seu limite de crédito, que será recomposto à medida que as parcelas forem pagas. As parcelas seguintes serão lançadas nas suas próximas faturas. O parcelamento inclui somente o valor total da fatura ao momento da contratação. Outros valores, como novas compras e parcelas a vencer serão lançadas posteriormente nas faturas seguintes.

Entrada para Financiamento: você também pode elevar o pagamento de uma entrada, de acordo com os valores indicados na opção "Entrada para Financiamento". O saldo restante será financiado em parcelas iguais com juros do Parcelamento da Fatura.

Através, caso você não pague ou pague um valor inferior ao Pagamento Mínimo ou à Entrada para Financiamento (quando disponível) e não contratar um dos planos de Parcelamento da Fatura disponíveis até a data de vencimento, você estará em atraso. Em caso de atraso do pagamento, você pagará encargos expressivos: (i) juros e encargos expressivos, incluindo na fatura como "Juros Máximos de Financiamento", mais juros rotativos de 18% ao mês, capitalizados diariamente, aplicados sobre o saldo devedor atual da fatura desde a data do vencimento até a data do efetivo pagamento; (ii) multa não inferior a 2% do valor dos valores devidos e não pagos; (iii) juros de mora na fatura de lançamento em vigor; (iv) aos juros sobre as novas compras e parcelas de compras parceladas sem juros e sem encargos na fatura atual. O pagamento a qualquer momento do saldo não altera a fatura vigente, exceto a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras realizadas e parcelas lançadas no

período em que tenha saldo em atraso terão incidência de juros até o próximo vencimento.

Parcelamento do Saldo do Cartão: é o financiamento do saldo devedor do seu cartão, apurado no momento da contratação, assim considerado o saldo formado pelo somatório das despesas, tarifas, tributos, encargos, transações e operações em cartão lançadas em fatura, bem como parcelas a vencer de Compras Parceladas e Parcelamento da Fatura (sem juros). Não serão consideradas as parcelas a vencer de eventuais Crédito Pessoal ou Parcelamento de Fatura com Seguro Presumido contratado. Pagamento de Compras Assinadas ou Parcelamento de Anuidade, de prêmios de seguro, de assistência e de modalidades de fidelidade de cartão que, assim como os lançamentos decorrentes de novas transações, serviços ou operações realizadas ou contratadas após o Parcelamento do Saldo do Cartão, serão cobrados normalmente nas faturas seguintes à contratação. O momento da contratação, o saldo devedor do cartão será lançado a valor presente. Para contratar, é necessário pagar, até a data de vencimento da fatura, o valor de entrada indicado no campo "Parcelamento do Saldo do Cartão". Se na composição do saldo devedor do cartão constar "Compras Parceladas sem Encargos", haverá a incidência de juros e IOF, que inicialmente incidirão sobre a esta operação. IOF, caso sejam contratadas as operações de crédito, será devido o imposto sobre Operações Financeiras, conforme alíquota vigente na época da contratação.

Atenção: caso você precise realizar o pagamento de sua fatura em atraso, consulte na central de atendimento o valor atualizado do seu saldo devedor (valor total da fatura + multa + juros) na data do pagamento. Se você optar por pagar um valor inferior ao saldo devedor atualizado, a diferença será financiada, com acréscimo de juros.

Importante: caso você fique em atraso por um período superior a 10 dias e seja contratado do Itaú, para evitar o acúmulo de encargos, poderá ser debitado, se disponível, a opção de Entrada de Financiamento, debitando o valor mínimo de entrada, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas; caso não esteja disponível, será debitado o valor do pagamento mínimo.

Retirada de Recursos: os limites de retirada de recursos indicados são limites mínimos e estão sujeitos a disponibilidade e análise de crédito.

Custo Efetivo Total (CET): as planilhas referentes ao CET das operações realizadas por meio de seu cartão estão disponíveis em sua fatura ou nos canais de contratação.

Garantias como o Cartão: sua senha é pessoal e intransferível. Não a divulgue a terceiros. Em caso de perda ou roubo do cartão, informe imediatamente para a central de atendimento para bloqueá-lo.

Contrato: você pode consultar as condições gerais de seu contrato no site itaucard.com.br.

Banco Itaúcard S.A., CNPJ 12.192.431/0001-70, com sede na Alameda Pedro Calil, 43 - Poá - SP, CEP 08537-105, e filiais na Av. Rio Negro, 433, 3º andar, CEP 06454-904, e na Av. Copacabana, 238, 4º andar, CEP 06465-903, ambas em Barro Preto (SP).



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

10

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Washington Luiz da Silva Santos
DATA DE NASCIMENTO 30/03/75
NOME DA MÃE Aracilda da Silva Santos

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 905887
DATA DO ATENDIMENTO 11/03/16
HORA DO ATENDIMENTO 17:42
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura da clavícula esquerda
CID 10 S42.0

Documentação médica - hospitalar



AVALIAÇÃO INICIAL:

Ante deu entrada neste Serviço, Vítima de queda de moto, com queixa de dor em hemitórax E, clavícula e dispneia devido a dor para respirar, MV +, sem enfisem subcutâneo, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, clavícula esquerda.
USG do abdômen total.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura da clavícula E.
USG: normal.

TRATAMENTO:

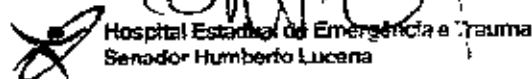
Tratamento conservador da fratura (8 gessado)

DATA HOSPITALAR: 11/03/16
DATA DA EMISSÃO: 31/05/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Segurança Líder Total e a 2004/2017 15.10 - 12.10.17



ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 905887



Identificação do paciente

ID 1012303	Nome WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS		Sexo Masculino	
Data de nascimento 30/03/1975	Idade 40 anos 11 meses 10 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NÃO INFORMADA	Prontuário
Mãe ARASSILDA DA SILVA SANTOS			Pai JOSE DA PENHA DA SILVA	
Escolaridade NÃO INFORMADO			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987353729	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência BR 230			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58078124	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MACEIO
Número 51	Complemento	Bairro GROTÃO	

Admissão

Data e Hora Prevista 11/03/2016 17:42:26	Número da pulseira 1000003602637	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Razo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA						Tempo 02min 44seg

Imprimir

31/03/16



UNIVERSIDADE
BRASIL

Primeiro Atendimento Médico



1000003002637 BE: 805887
WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
DT. NASC.: 30/03/1978
MAB: AROSSILOR DA SILVA SANTOS

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

ADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Pt vítima de queda de moto com capacete, sofreu dor
em humerária (E) clavícula (E), dispneia devido a dor para
respirar (MV em HTT), efema subcutâneo.

SOMENTE PARA USO DO PACIENTE

EXAME PRIMÁRIO

IAS ☒ Perivas ☐ Obstruídas
ÉREAS ☒ Sim ☐ Não
ERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não
ENTILAÇÃO:
RAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
ESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
USCUTA PULMONAR:
- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

RUÍDOS

☐ sim
☒ Não
HTD: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: _____ Imp SaO₂ 100% %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☒ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU BA: ☐ Sim ☐ Não
FC: 80 bpm PA: 120 x 80 mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN: Círculo, depressível e
indolor.

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ào continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

[illegible]



UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO



1000001602517 BE: 905807
WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
DT. NASC.: 30/03/1976
MRE: ARASSILDA DA SILVA SANTOS

AValiação DE ENFERMAGEM

B.E./PRON

END.: RUA: 8
N. 51 - 0807 80
JDAO PESSOA
FONE: (1)
CELULAR: (62) 987253729
IDADE: 40
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☒ Ambulância de

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Ferida fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Escorção ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto enfiado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

11/03/10

EXAME FÍSICO

PA: / mmHg

P: bpm

SpO2:

Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☒ Consciente

☐ Inconsciente

☒ Orientado

☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria:

☐ Isocóricas

Tamanho:

☐ Midríase

☐ Anisocóricas

☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☐ Ventilação espontânea

☒ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Construção parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Construção total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente

☐ Pele fria e úmida

☐ Perfusão capilar satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perfusão capilar comprometida

☐ Palidez

☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Outros:

☐ Rigidez abdominal

☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ Polúria

☐ SVD

☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Câncer

☐ Alergias

☐ Cirurgias

☐ Internações

☐ Outros:

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÊTANO?

☒ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

*Wendy Carolina G. Andrade
Enfermeira
COREN-SP 224.563*

Wendy Carolina G. Andrade
Enfermeira
COREN-SP 224.563

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREN:

F(NG) ENF.022-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE.



WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
DT. NASC.: 20/03/1978
PAG: 0785104 DA SILVA SANTOS

END.1 NAME: A
N. 01 - GROT 80
JORG PERSOM
FONE: {}
CELLULAR: (62) 907383728
IDADE: 48
DT. ENTRADA:

[illegible]

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 11/03/11	ID da Ocorrência: 1195366	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 17:10 Hs	Hora de Chegada no Local: 17:19 Hs
Paciente / Usuário: Wilton Luiz da Silva Santos				Idade: 40	Sexo: ☐ Masc ☐ Fem	Telefone: _____
Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro: _____				Médico Regulador: Simone		
Logradouro: EM TREVO DO ASSAI				Bairro: Bayeux		
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro: _____						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadido do Local ☐ Trote ☐ Outro: _____						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
X Hosp. de Trauma				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): _____		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ TRANSFERÊNCIA
Motivo: Trauma			Hospital de Origem: _____
CAUSAS EXTERNAS ☒ Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☒ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: _____			Responsável: _____
☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: _____ ☐ Sotamento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro: _____			Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____

1. DADOS VITAIS

PA: _____ FC: **107** FR: **15** HGT: _____ SpO2 - S/O2: **96** SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Vítima trazida de local de acidente, com queixas de dor no tórax, dor no abdômen, dor no membro superior direito, dor no membro superior esquerdo e dor no membro inferior esquerdo. Também há dor no tórax.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro: _____

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Proceder a internação em UPA, com encaminhamento para o serviço de emergência.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

PACIENTE: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
RG: 905887 DATA: 11/3/2016 18:22:45

**LAUDO DE ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
TÉCNICA FAST**

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, de varredura convexa, multifrequencial de 3,5 - 7,0 Mhz, visando a pesquisa de líquido livre abdominal, em condições de emergência, sem preparo intestinal adequado.

Ausência de líquido livre abdominal.


Dr. Ricardo Cavalcanti
Radiologista CRM 3505

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: WAHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
BE: 905887
DATA: 21/3/2016 12:04
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 11/03/2016.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. CLAVÍCULA ESQUERDA AP
FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

RX TÓRAX AP - 11/03/2016 12:04 - 905887

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.
Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

7

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

[illegible]

RECEIVED - 1964 FEB 10 10 10 AM

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: 754/00001-75
 Endereço Completo e Telefone: UF: PA, MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ
 Cidade: JOÃO P. SILVA, 100

1ª Via retenção de Farmácia ou drogaria
 2ª Via Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. R. M. Nobrega
 CRM-PB 24765

Paciente: Washington L. da S. Santos

Endereço: R. Mucatis, 51

Prescrição: um oval

@ Colutor
1 cp 8/8h, 7 dias

Data: 14/03/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Fornecedor: _____
 Data: _____

Requisição de Exames

REQUISICÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO 905887

NOME DO PACIENTE: <u>Washington Luiz da Silva</u>		IDADE: <u>50</u>	DATA: _____	
SEXO: <u>() MASC. () FEM.</u>	COR: <u>() B () P () A</u>	PESO: _____	ALTURA: _____	CLÍNICA: _____
DADOS CLÍNICOS: _____				
MATERIAL A EXAMINAR: _____				
EXAMES SOLICITADOS: <u>Imunoglobulinas com 8 Garsado</u>				
 Carimbo e Assinatura do Médico				





CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS

Certifico que, após pesquisa no Banco de Dados do Sistema de Identificação Criminal - SICRIM deste Estado, até a presente data, NADA CONSTA a respeito do requerente abaixo qualificado:

NOME: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

IDENTIDADE DE RG

DE Nº 1814457

UF/ÓRGÃO EMISSOR PB

FILIAÇÃO JOSÉ DA PENHA DOS SANTOS

E ARACILDA DA SILVA SANTOS

NASCIDO EM

30/03/1975

NO MUNICÍPIO

JOÃO PESSOA - PB

JOÃO PESSOA - PB

12 de julho de 2017

Requerente

813940

Rosaura Alves Fabrício

Responsável

SECRETARIA - ANEXO 12 - 12.000.000.000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

Washington Luiz da Silva Santos

IDENTIDADE

2015

Documentos de Identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME
WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

DATA DE
EXPEDICÃO
24/09/2015

FUNÇÃO
JOSE DA PENHA DOS SANTOS

NATURALIDADE
ARACITIDA DA SILVA SANTOS

DOC ORIGEM
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
30/03/1975

NASC. N. 60957 FLS. 171V LIV. 90-A

OPORTUNO 4.º JOÃO PESSOA-PB

281.962.874-51

Assessoria de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 2009

WASHINGTON - 11/01/2015 14:00:00

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012153133710
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VA - COD. PENAL RRT - 20150000307532-6
1 0105649883-5 00/00000000 2015

LUCIANA SILVA F DE OLIVEIRA

06926875480

OFT2327/PB

NOVO PB 9C2HB0210FR474942

HONDA/POP100

2015 2015

2 P/97 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM

20/07/2015

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTA

0

PREMIO TAFARIO (R\$)

OF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

TAXA DE FIDUCIARIA

SEGURO

PAGO

20/07/2015

A.F AIM DE CONC NACION HONDA LTDA,

0

JORO PESSOA - PB

14311

DATA

21/07/2015

7003781

AUTENTICACAO MECANICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

DUT



IPVA - 2ª COTA

AUTENTICACAO MECANICA

AUTENTICACAO MECANICA

IPVA - 1ª COTA

SEGURO OBRIGATORIO

AUTENTICACAO MECANICA

Nº 012153133710

CERT. DE SEGURO DPV

2015 21/07/2015

01056498835 HONDA/POP100

2015

9

9C2HB0210FR474942

SEGURO

PAGO

20/07/2015

7003781-1121128-20150721

SUSP

... (mirrored text from reverse side) ...

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ALAN SHIGEMITSU LUIZ DA SILVA SANTOS

DATA DO ACIDENTE 11.03.2016 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 981.062.874-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
 () CPF do Representante Legal (cópia simples)
 () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
 () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
 () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
 () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 () CPF da vítima (cópia simples)
 () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
 () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
 () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
 () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 () CPF da vítima (cópia simples)
 () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
 () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
 () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
 () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 () CPF da vítima (cópia simples)
 () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
 () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
 () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
 () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
 () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

0295400/12

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 () Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
 () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

() Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO OU SOBRINHO(A))

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

() Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

() Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)

() Outros Documentos apresentados:

Outros

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail _____ Tel: () _____

Data 13.07.2017 Assinatura Washington Luiz da Silva Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) At. Central JSA/JPB

Atendente M^{te} Auxiliadora Regina Talciano Matrícula 849283-0

Data 13/07/2017 Assinatura Regina Talciano

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295400/17
Vítima: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS Data do Acidente: 11/03/2016
CPF: 981.062.874-91 CPF de: Próprio Titular do CPF: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS : 981.062.874-91

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.

Portador da documentação entregue

Data: 01/08/2017
Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
CPF/CNPJ: 981.062.874-91

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/08/2017
Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU
CPF: 110.123.037-13

LIA NAZARETH NEVES PALAU