

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

Nº do sinistro ou ASL: **3180506333** CPF da vítima: **011 334 985-82** Nome completo da vítima: **SHEILA SANTO DE JESUS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **SHEILA SANTO DE JESUS** CPT: **011 334 985-82**
 Profissão: **Atendente** Endereço: **Núcleo Mãe Jorge Alberto** Número: **00** Complemento: **Casa**
 Bairro: **Madureira** Cidade: **Nossa Senhora do Dolo** Estado: **SE** CPF: **49600-000**
 E-mail: _____ Tel. (DDD): **79 99886-8742**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: **3836** ☐ CONTA: **10585** ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nessa 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.

Local e Data: **Madureira, 10 de Junho de 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes da apresentação e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180506333 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM O RELATÓRIO MÉDICO(PÁGINA 1) COM DATA DE 25/03/2019 EMITIDO PELO DR RENATO TEIXEIRA CRM 1450

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

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180506333

Vítima: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

Informamos que o pagamento da indenização o 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: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003836

Conta: 0000010585-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

011.334.985-82

SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA	CPF titular da conta 011.334.985-82	Profissão AUTONOMA
Endereço RUA D HAB. DE JONGE ALBERTO	Número 115	Complemento CASA
Bairro CONTINO	Cidade N. SRA DAS DORES	Estado SERGIP
Email JUNIORMIZ-IL@HOTMAIL.COM	CEP 49.600-000	Telefone (DDD) 79 - 99968-3263

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRQ 1045	D/V 1	CONTA NRQ 69583	D/V 1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	NRQ 104
AGÊNCIA NRQ 1045	D/V 1
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Dores/Ser. 25 de Junho de 2018

Local e Data

+Sheila Santos de Jesus Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES

AV LOURIVAL BATISTA, CENTRO FONE: (79)3265-1282

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06571.0-000352

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES

Endereço: AV LOURIVAL BATISTA, CENTRO FONE: (79)3265-1282

FATO

Data e Hora do Fato: 01/05/2018 - 18:00 até 01/05/2018 - 18:00

Endereço: PRAÇA XV DE NOVEMBRO- EM FRENTE AO POSTO DE COMBUSTÍVEL Número: Complemento: CEP: 49600-000

Bairro: CENTRO Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA

Nome do pai: JOSÉ WILSON DE JESUS Nome da mãe: MARIA JOSÉ DOS SANTOS DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 011.334.985-82 RG: 300565946 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 05/01/1982 Sexo: Feminino Cor da cutis: Branca

Profissão: manicure Estado civil: Casado Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: Conjunto Jorge Alberto- Rua D Número: 115 Complemento: conhecido por Favela

CEP: 49.600-000 Bairro: Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-996435551

1 E JUL 2018

RECEBIDO

HISTÓRICO

Relata a noticiante que na data acima descrita, transitava pela Pra XV de Novembro, conhecida por Pau que Chora, precisamente em frente ao Posto de Gasolina, pilotando o veículo I/ CHARMING BULL KRC 50, PLACA QKX 9406/SE, CHASSI LLJXCBLA7FG802326, cor preta, documento em nome da noticiante, quando foi entrar para a pista de Capela, quando o veículo Siena de cor prata, colidiu no veículo em que a noticiante pilotava; Que devido a colisão, a noticiante caiu e o condutor do veículo Siena, não prestou socorro se evadindo do local; Que foi socorrida e encaminhada a Clínica da Família nesta cidade, onde foi transferida para o Hospital Garcia Moreno em Itabaiana; Que no dia de ontem, 08/05/18, compareceu ao referido Hospital para revisão; Que até o presente momento, não sabe identificar a placa do veículo Siena nem o condutor do mesmo.

Data e hora da comunicação: 09/05/2018 às 15:59

Última Alteração: 09/05/2018 às 15:59.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA 01/05/18 HORÁRIO DE ENTRADA: 19:12 Nº 75

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Sheila Santos de Jesus Ferreira
CNS: - TELEFONE: -
SEXO: M. () F. (X) DATA DE NASC 05/01/82 IDADE: 35 RG: 3.005.659-4
PAI: Jose Nelson de Jesus
MÃE: Maria Jose dos Santos de Jesus
ENDEREÇO: Conj George Alberto

I AVALIAÇÃO DE RISCO

1- QUEIXA/ MOTIVO QUE LEVOU A PROCURA DA UNIDADE DE SAÚDE:

2- CRONOLOGIA/DURAÇÃO DA QUEIXA: AGUDO () CRÔNICO ()

3- HISTÓRIA PREGUESSA: DM () HAS () CARDIOPATIAS () ALERGIA A MEDICAÇÃO: NÃO ()
SIM () QUAL: -

4- SINAIS E SINTOMAS:

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| () AGITAÇÃO | () DOR TORÁCICA |
| () ALTERAÇÕES CUTÂNEAS | () NÁUSEA/ ÊMESE |
| () CEFALÉIA | () FALTA DE APETITE / ASTENIA |
| () CIANOSE | () HIPERTERMIA |
| () CONSTIPAÇÃO | () MAL ESTRA/PALPITAÇÃO |
| () DIARREIA | () SONOLÊNCIA |
| () DISPINÉIA | () SUDORESE |
| () DISÚRIA E/OU HEMATURIA | () VERTIGEM/ SÍNCOPE |
| () DOR ABDOMINAL | |

5- DADOS VITAIS:

P.A. X mmHg / PULSO: - bpm / TEMPERATURA: - °C / SpO₂ - %
PESO: - Kg / GLICEMIA CAPILAR: - mg/dl / FC - bpm / FR - ipm.
NORMAL () ALTERADO () COM RELAÇÃO C/ A QUEIXA () SEM RELAÇÃO C/ A QUEIXA ()

6- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EMERGÊNCIA () MUITO URGENTE () URGENTE () POUCO URGENTE () NÃO URGENTE ()

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) ENFERMEIRO (A)

II - ATENDIMENTO MÉDICO

1- HISTÓRIA CLÍNICA:

Queixa de nota a dor no dorso em (ASA)

2- EXAME FÍSICO:

3- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

III - CUIDADOS REALIZADOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

CONDUTA FINAL:

SAÍDAS:

☒ ALTA
☐ EVASÃO

☒ TRANSFERÊNCIA Ortopedia
☐ ÓBITO

NOSSA SENHORA DAS DORES/SE, 01/05/2018, ÀS _____

Assinatura e Carimbo do (A) Médico(A)



COMPANHIA DE SANEAMENTO DE RONDÔNIA
RUA: Rua Campo do Meio, 331, 12 de Julho, Anápolis-RO, 76020-000
CNPJ: 06.976.171/0001-40 - INSC. EST. 27.981.908-9

FATURA MENSAL

Matrícula

677939 5

MARIA JOSE DOS SANTOS DE JESU

RUA D CENTRO HAB DEP JORGE ALBERTO, 115, N. SENHORA DAS DORES.

406541 000

Identificação do Consumidor	Data de Vencimento	Identificação da Fatura	Valor da Fatura
272003/00085	12/03/2018	A15Z212469	R\$ 36,38

Descrição	Valor
050 MULTA P/IMPUNTUALIDADE	0101 35,64
051 JUROS DE MORA	0101 0,00
054 ATUALIZACAO MONETARIA	0101 0,86
	0,06
	0,02

Data de Vencimento	Valor
03/2018	36,38

Em 03 de março, dia 12 de aniversário da mulher, uma homenagem a quem, com força, baseado na delicadeza, transforma o nosso dia-a-dia em algo suave e encantador!

A falta de pagamento desta fatura de (fatura) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 51.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-ro.com.br/agencyvirtual


Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso II)

Parâmetro	Resultado	Classe	Nota	Comentário
Nº de amostras coletadas	32	32	100	
Nº de amostras analisadas	32	32	100	
Nº de amostras com conformidade	32	32	100	

Observação: A qualidade da água distribuída está dentro dos padrões estabelecidos.

SECRETARIA DE SANEAMENTO SIA

18 JUL 2018



energisa

Call now for a free information kit.
Call 1-800-368-2262.
Circle 10 on Reader Service Card

UC (Unidade Consumidora): 3/793799-8

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data 09/05/18	Leitura Final	Data 17/05/18	Leitura Inicial			
Demonstrativo						20
GG - Gastos		Gastante - Utiliza	Vale Consumido	Am - Valor	Rat - Consumo	Futuro
0001 Consumo em kWh		Tender - Utiliz (R\$)	CINARA - L			
0001 Aco B Amarelo		104.000,00	76,38	76,38	25	16,70
0001 Aco B Vermelho			1,11	9,10	25	0,02
			1,77	1,77	25	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						0,01
0007 CONTRIBUIÇÃO P/LC			0,42	0,00	0	0,00
0004 JUROS DE MORIGACÃO			0,28	0,00	0	0,00
0005 MULTA OACONTE			0,68	0,00	0	0,00
0006 ATUALIZAÇÃO MONETARIA OACONTE			2,00	0,00	0	0,00
						0,00
TOTAL						
						0,00

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
14/06/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 88,32

Histórico de Consumo (kWh)

41	27	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68
Jan 17	Jan 17	Apr 17	Oct 17	Jan 18	May 17	Nov 17	Feb 18	Jun 18	Oct 18	Mar 19	Jul 19

5cb8 af36 6a87 adaa 14ae 6cd6 713a b540

Indicadores de Qualidade

[illegible]

Veranda E. 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 264

ATENÇÃO

Faturas em atraso

14 JUL 2018

OFFICIAL SERGE
 Retard 2-343-225-2100
 Marcus 781790-2015-08-6

VENCIMENTO
14/06/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 88.32

836000000000-7 88320049000-0 07937992018-8 06500340019-2



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 013637164204
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RCTR.C. EXERCÍCIO
1 010980025846 013637164204 2018

NOME
SHEILA S DE JESUS FERREIRA

CPF / CNPJ PLACA
011.334.985-82 QKX9406

PLACA ANT / UF CHASSI
QKX9406/SE 1J7XCB147FG802326

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/DIC/MOTOR GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
T/CHARMING BULL KRC50 2014 2015

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
280CV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º 2º 3º

PAGAR PREC. LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO DPVAT NET 18 EXERCÍCIO 2018

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO ORIGINAL
SEM RESTRICÇÃO

LOCAL DATA
SÃO CRISTÓVÃO 02/02/2018

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013637164204 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 02/02/2018

VIA COD. RENAVAM RCTR.C. EXERCÍCIO
1 010980025846 013637164204 2018

NOME
SHEILA S DE JESUS FERREIRA

CPF / CNPJ PLACA
011.334.985-82 QKX9406

PLACA ANT / UF CHASSI
QKX9406/SE 1J7XCB147FG802326

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/DIC/MOTOR GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
T/CHARMING BULL KRC50 2014 2015

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
280CV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º 2º 3º

PAGAR PREC. LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO DPVAT NET 18 EXERCÍCIO 2018

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO ORIGINAL
SEM RESTRICÇÃO

LOCAL DATA
SÃO CRISTÓVÃO 02/02/2018

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA



SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.348.000/0001-04

BASE IN SEGURADORA SIA

10 JUL 2018

105510



GOVERNO MUNICIPAL DE
NOSSA SENHORA DAS DORES/SE.
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME:

Sheila da Souta de Jesus Ferreira

kte q 36 anos, c/ história de luxação da
articulação do cotovelo (E) há 04 meses, excluindo
el dor + presença em USD, associado a limitação
da pronação e extensão do cotovelo.
Considerando que se trata de manobra, deve
ser feita - e de suas atividades por 06 meses
pl Ho fisioterapêutico e repouso

CID: S53.1

Dr. Thiago de Souza Santos
Médico
CRM: 22.0005

02/09/18

Av. Paulo Vasconcelos, 1000 - Bairro Centro - Fone: (79) 3265-1402 - CEP 49600-000
Nossa Senhora das Dores - Sergipe - CNPJ: 11.389.851/0001-94

SABEMI SEGURADORA S/A

26 OUT 2018

RECEBIDO



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro R.D. 2018/06571.0.000352.

Nome do paciente: STELLA SMITH DE JESUS PEREIRA

Data de nascimento: 05/01/1978

Data do início do tratamento / Acidente 01/05/2018

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Primeira vítima de acidente com carro, com Poltrona. Contusão no tórax, do tipo, Exorciação, Levada ao hospital para a cirurgia de fratura, onde recebeu tratamento de reparecimento. Depois foi transferida para o Hospital Geral de Moraes em Itaboraí, onde foi atendida. Após os exames de imagem, foi dada a seguinte conclusão: fratura de costela.

2 - Data / Tratamento Realizado: Traumatismo do Coração Intero

01.05.2018

Primeira vítima de acidente com carro, com Poltrona. Contusão no tórax, do tipo, Exorciação, Levada ao hospital para a cirurgia de fratura, onde recebeu tratamento de reparecimento. Depois foi transferida para o Hospital Geral de Moraes em Itaboraí, onde foi atendida. Após os exames de imagem, foi dada a seguinte conclusão: fratura de costela.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

01.05.2018

RX do Coração D 18/02/11/ Luxação da costela D

25032019

Data

MPR

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

01.05.2018 1º ATENDIMENTO CLÍNICA & FARMÁCIA
Nº 041 DR. SERGIPE
01.05.2018 2º ATENDIMENTO HOSPITAL ROTONDO
DE ITABOARA

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Presença de dor forte a fixação do cotovelo DITO
- Presença de dor forte a extensão do cotovelo DITO
- Presença de dor forte a flexão motora RM DITO
- Presença de dor forte a flexão e extensão da mão em MSD; na presença de dor forte a extensão do cotovelo DITO

6 - Alta definitiva do tratamento:

7 - Data do Exame do Paciente 25.03.2019.

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico Renato Teixeira		Nº do CRM 1450	Fone: (079) 3211-5368
Endereço Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número 598	Cidade Aracaju	Estado Sergipe

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

25.03.2019
Data

Assinatura e Carimbo

2

Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.

Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270

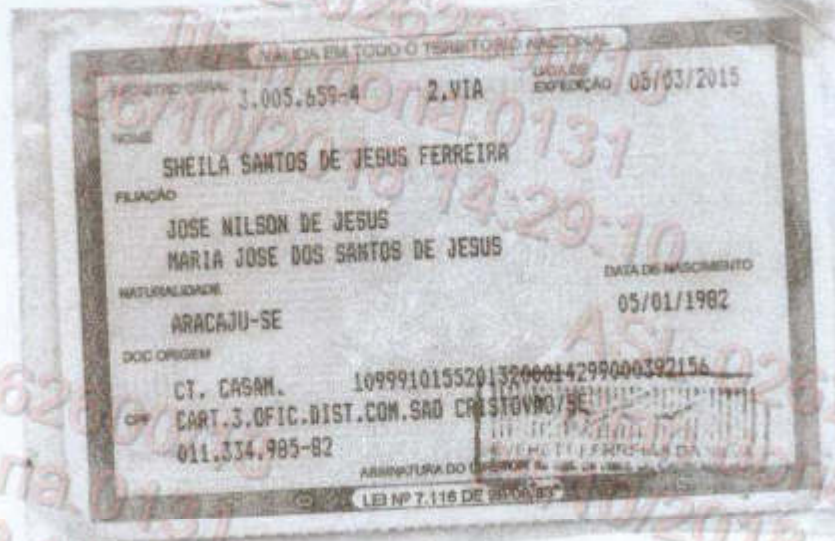


ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:29:10

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:29:10

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:29:10

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:29:10



ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:29:10

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:29:10

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:40:37

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JULIO MURIS DOS SANTOS JUNIOR

SEXO: M
DATA DE NASCIMENTO: 03/04/1983
CPF: 010.605.725-70

PRACON: JULIO MURIS DOS SANTOS
MÁRIA DO CARMO SANTANA

PERMISSÃO: 02/06/2012
VALIDADE: 21/03/2009

INSCRIÇÃO: 07306830909

SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura: *Julio Muris dos Santos Junior*

LOCAL: ARACAJU, SE
DATA DE EMISSÃO: 04/06/2014
60383754927
88015328844

DETRAN-SE (SERGIPE)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
907282870

PROIBIDO PLASTIFICAR
907282870

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:40:37



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 013637164204
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RCTR.C. EXERCÍCIO
1 01098025846 013637164204 2018

NOME
SHEILA S DE JESUS FERREIRA

CPF / CNPJ PLACA
011.334.985-82 QKX9406

PLACA ANT / UF CHASSI
QKX9406/SE 1J7XCB147FG802326

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/DI/CILINDRATOR GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
T/CHARMING BULL KRC50 2014 2015

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
280CV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º 2º 3º

PAGAR PREC. LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO DPVAT NET 18 EXERCÍCIO 2018

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO ORIGINAL SEM RESTRICÇÕES PARA TRANSPORTE

LOCAL DATA
SÃO CRISTÓVÃO 02/02/2018

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013637164204 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 02/02/2018

VIA COD. RENAVAM RCTR.C. EXERCÍCIO
1 01098025846 013637164204 2018

NOME
SHEILA S DE JESUS FERREIRA

CPF / CNPJ PLACA
011.334.985-82 QKX9406

PLACA ANT / UF CHASSI
QKX9406/SE 1J7XCB147FG802326

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/DI/CILINDRATOR GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
T/CHARMING BULL KRC50 2014 2015

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
280CV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º 2º 3º

PAGAR PREC. LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO DPVAT NET 18 EXERCÍCIO 2018

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO ORIGINAL SEM RESTRICÇÕES PARA TRANSPORTE

LOCAL DATA
SÃO CRISTÓVÃO 02/02/2018

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.348.000/0001-04



ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180506333 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM O RELATÓRIO MÉDICO(PÁGINA 1) COM DATA DE 25/03/2019 EMITIDO PELO DR RENATO TEIXEIRA CRM 1450

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado à Rua MA D CENTRO, nº 115, bairro COM. HAB. TORCE ALBERTO, Município de N-SM DAS DORES, Estado de(o) SERGIPE, Cep: 49.600-000, portador(a) do Rg nº 3.005.659-4, SSP/SE e CPF nº 011.334.985-82.

Outorgado: JÚLIO MUNIZ DOS SANTOS JÚNIOR, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à PRAÇA JOEL NASCIMENTO nº 15, bairro: CENTRO, Município de NOSSA SENHORA DAS DORES, Estado de SERGIPE, Cep.: 49.600-000, portador (a) do RG nº 3.068.289-4 SSP/SE e CPF nº.: 010.606.725-70

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) SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA, ocorrido em 01/05/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

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

N-SM DAS DORES 26 de Julho de 2018.

8º OFÍCIO

Outorgante

CPF Nº 011.334.985-82

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO TABELIÃO: DANIEL PEREIRA	
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s):	
Sheila Santos de Jesus Ferreira	
Selo TJE: 201829527136548	
Acesso: http://www.tjse.jus.br/x/XJ006	
Aracaju, 26/06/2018 13:22:03 23415	
Cláudia Luana Soares Bettamio de Sousa - Escrevente Aut	
Emol.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56	
RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP: 49.010-390 - TEL: 79.3214.3397	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392591/18

Vítima: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

CPF: 011.334.985-82

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR : 010.606.725-70

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

SHEILA DOS SANTOS DE JESUS : 011.334.985-82

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: 26/10/2018
Nome: JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR
CPF: 010.606.725-70

JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA
CPF: 029.259.055-52

LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03836

CONTA: 000000010585-1

Nr. da Autenticação 422703DA3BFA43B4