
Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164478

Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LUCIANO DOS REIS

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

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200164478 Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

Data do Acidente: 30/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE LUCIANO DOS REIS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200164478

Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE LUCIANO DOS REIS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/12/2019, emitido pelo Dr. LUCAS MAIA - CRO CRM nº 9578 - CE, da Instituição INSTITUTO DR JOSÉ FROTA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

057.349.733-86 JOSE LUCIANO DOS REIS

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

JOSE LUCIANO DOS REIS
AGRICULTOR PONTA DA SERRA
ZONA RURAL PIA PI 64.660-000
(89) 999001909

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: SANTANDER
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0283 0 CONTA: 1016043 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vênasoz)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Jose Daniel dos Reis
CPF: 111.961.553-48

Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Ana Paula Mendes Almeida
CPF: 060.838.993-22

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PIA IX, 06 DE ABRIL DE 2020

JOSE LUCIANO DOS REIS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35



Santander



4238 0881 3653 4915

4238

08/14

08/21

JOSE L DOS REIS

*0283 01016043-6

VISA

ELECTRON

Nº DO SINISTRO 3200169478

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, JOSE LUCIANO DOS REIS

PORTADOR(A) DO RG Nº 3452628 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 10/05/10 E

CPF 057349733-86 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE LUCIANO DOS REIS, 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 informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3310-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17.184-0

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.

PRO IX-PI 10 de JULHO de 2020 JOSE Luciano dos Reis
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.

Loxhals

Via Cliente

MERCADINHO DULAR
Pos:00074310 LI:548 Loc:123 Oper:74310
09/07/20 15:02:34

COBAN:074310 LOJA:1801 PDV:088001
09/07/2020 BANCO DO BRASIL 15:02:33
391031001 CORRESPONDENTE BANCARIO 0194
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUpanca
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE LUCIANO DOS REIS
AGENCIA: 3910-1 CONTA: 17.184-0

VARIACAO POUpanca

DATA	51
NR. DOCUMENTO	09-07-2020
VALOR DINHEIRO	39.107.431.000.194
VALOR TOTAL	20.00

NR.AUTENTICACAO 2.087.034.718.595.047

Creditos a partir de 04-05-2012 estao
disciplinados pela Lei 12.783.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PIO IX-PI
Rua São Miguel, 01, Centro, Pio IX-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA ALTERNATIVO

Nº 015/2020

DELEGADO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE POLICIAL: Aureliano do Nascimento Barcelos.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: APC José Renato de Jesus Sobrinho.

HORÁRIO E DATA DO REGISTRO: 09.01.2020 às 11h09min.

NATUREZA DO (S) FATO (S): ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA DO FATO: 30.11.2019.

HORÁRIO E LOCAL DO FATO: 21h40min, BR 020, Zona Rural, Pio IX-PI.

NOTICIANTE: MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA REIS.

NACIONALIDADE: Brasileira; **NATURALIDADE:** Pio IX-PI.

PROFISSÃO: Agricultora;

RG: 2152934 SSP/PI **CPF:** 941.315.113-04;

FILIAÇÃO: Antonio Pereira Neto e Ana Raimunda da Silva;

ENDEREÇO: BR 020, Zona Rural; **CIDADE:** Pio IX-PI.

E-MAIL:

CELULAR: (89) 99900-1909

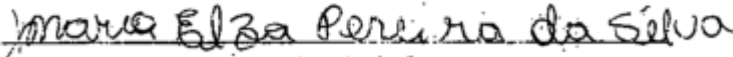
NOTICIADO:

HISTÓRICO DE OCORRÊNCIA

O(a) noticiante acima qualificado(a), compareceu nesta Delegacia para registrar que na hora e data supras, o seu filho, JOSÉ LUCIANO DOS REIS, portador do RG 3.452.628 SSP/PI, e do CPF 057.349.733-86, trafegava como condutor em uma MOTO HONDA POP 100, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2014, PLACA FMS 7478, RENAVAM 1030778920, CHASSI 9C2HB0210ER024232, INSCRIÇÃO DE PIO IX-PI, EM NOME DE FRANCISCA CAROLINA DA SILVA MELO, quando ao desviar de um jumento que atravessou a pista perdeu o controle do veículo e veio ao solo sofrendo várias lesões dentre elas fraturas no crânio, boca e nariz, inclusive precisou passar por quatro intervenções cirúrgicas e tem mais uma agendada para o mês de março, e diante do exposto o mesmo resolveu comparecer a esta Delegacia e registrar a ocorrência. E nada mais havendo foi encerrado o presente registro quer segue devidamente assinado.

DELEGADO DE POLÍCIA


José Renato de J. Sobrinho
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL - PI
MAT. 299075-0


Responsável pela informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

057.349.733-86 JOSE LUCIANO DOS REIS

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

JOSE LUCIANO DOS REIS

AGRICULTOR PONTA DA SERRA

ZONA RURAL PIO IX PI 64.660-000

(89) 999001909

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 0283 0 CONTA: 1016043 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vênus)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Jose Daniel dos Reis
CPF: 111.961.553-48

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Ana Paula Mendes Almeida
CPF: 060.838.993-22

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PIO IX, 06 DE ABRIL DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.745/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 32456322

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020 15/01/2020 30 8,32

MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA REIS
BR 020 0 PONTA DA SERRA - B-RURAL
CPF: 00094131511304
CEP: 64.660-000 - PIO IX

ROT: 210.790.06.83.111830

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	2698	Atual: 08/01/2020
Anterior:	2670	Anterior: 09/12/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 07/02/2020
Consumo Medido:	28	Emissão: 07/01/2020
Consumo Faturado:	30	Apresentação: 08/01/2020
Forma de Faturamento: MINIMO	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 20

Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A1551242		1.4.1.1	31

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 30 A R\$ 0,219386 = 6,58
DEZ/19 21	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 1,26
NOV/19 23	DIFFERENÇA DE TARIFA 12,22
OUT/19 30	SUBVENCAO BAIXA RENDA 11,74
SET/19 26	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,13
AGO/19 28	
JUL/19 27	
JUN/19 31	
MAI/19 35	
ABR/19 35	
MAR/19 39	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,219386	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/01/2020. O não pagamento por 30 dias consecutivos levará à inclusão do nome da consumidora no CADIN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 7C62.F9FB.7D11.4996.EF01.0CF4.57C1.D0A0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 5,29	Base de Cálculo: 18,80
Energia: 10,20	Alíquota ICMS:
Transmissão: 1,72	Valor do ICMS:
Encargos: 0,84	Valor de PIS: 0,71% 0,13
Tributos: 0,75	Valor do COFINS: 3,30% 0,62

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC		DMC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	6,47	12,95	25,89	3,49	6,98	13,95	3,80		
Realizado	0,00			0,00			0,00		

Período de aplicação: 11/2019 R\$ 3,43

ROT: 210.790.06.83.111830

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Carolina da Silva Melo,

RG nº 3.008.369, data de expedição 22/03/10,

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 045.502.833-90, com domicílio na cidade de Pio IX, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Donga - Zona Rural, nº 514,

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 José Luciano dos Reis, cujo o condutor era

José Luciano dos Reis.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA POP 300

Ano: 2014

Placa: PM3-7478

Chassi: 9C24B0230ERO24232

Data do Acidente: 30/03/2019

Local e Data: BR 020 - Ponte da Barra

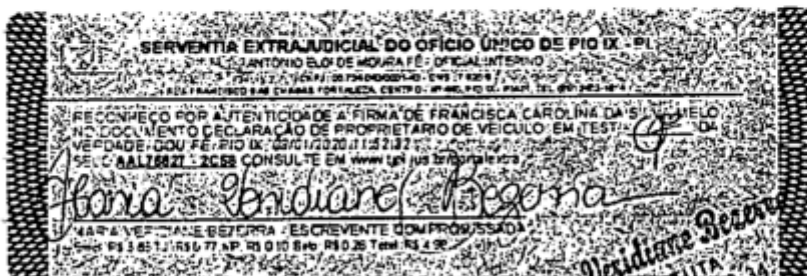
Francisca Carolina da Silva Melo

Assinatura do Declarante

José Luciano dos Reis

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

SERVENTIA
UNICAPITOLAR



Maria Vitoriana Bezerra
SUBSTITUTA
CPF: 814.116.853-34

06.734.040/0001-43

Rua Francisco das Chagas Fortaleza, 440

Centro - Fortaleza (CE) 3453-1814 - Pio IX-PI

Serventia Extrajudicial do

Ofício Único de Pio IX-PI

Antônio Elói de Moura Fê

Oficial Interino

Port. 287-A/04 e 73/2019 - TJ/PI

Maria Vitoriana Bezerra

Substituta

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem _____

Distrito Sanitário _____

NOME: _____

SEXO: M () F () DATA DE NASC.: ____/____/____ OCUPAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ Tel: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

CONDUTA JÁ REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

ASSINATURA DO EMITENTE

Nº DE REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL () HOSPITALAR () AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ()

-PROCEDIMENTO: _____ PROFISSIONAL _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO: _____ ALTA ____/____/____

RESUMO CLÍNICO CIRÚRGICO

RESULTADOS DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

SECUNDÁRIO 1: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____ CID: _____

_____ CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE

Nº DO REGISTRO

FUNÇÃO

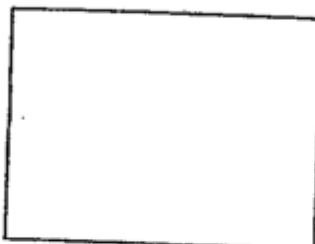
DATA

HMCFF
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. CICERO FERREIRA FILHO

Prioridade: []

Atendente: NELMA

PSF: VILA ISABEL



Paciente: JOSE LUCIANO DOS REIS

Idade do PCT: 25

CNS: 702807189283262

Médico: Dr(a). SANTINO XAVIER FILHO

CRM: 19607/CE

Data da Consulta: 30/11/2019

Convênio: PÚBLICO

Data Nascimento: 11/02/1994

Leito: SEM LEITO

Naturalidade: PIO IX-PI

Sexo: MASCULIN

Profissão: AGRICULTOR

Fone:

Endereço: VILA ISABEL

Complemento:

Nº: 0 Bairro: ZONA RURAL

Município: PARAMBU

UF: CE

Nome da MÃE: MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA

Nome da PAI: JOSÉ AIRTON DOS REIS

Motivo Atendimento:

Responsável:

Hora Atend.: 23:32:53

EXAME FÍSICO

Altura(m):

Peso(Kg):

Pressão(mmHg):

Freq. Cardíaca:

Glicemia(md/dl):

Temp.(°C):

Observação:

*Im nter na zona rural.
TCE Grave*

Dr. Santino Xavier Filho
Médico
CRM-CE 19607

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. CÍCERO FERREIRA FILHO

R. LEANDRO ALVES TEIXEIRA, 100 – BAIRRO: VILA NOVA – PARAMBU – CEARÁ – CEP:63680-000

CGC: 124.746. 72 /0001-18 – FONE: (88) 3448 – 2074 / FAX – 3448 - 2228

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702807189283262 Admissão: 01/12/2019 03:30
 Nome: JOSE LUCIANO DOS REIS
 Pront.: 5646857 Data Nasc.: 11/02/1994 Idade: 25 ano(s) 10 mes(es) e 0 dia(s) Tel.: 85 99890-0891
 Mãe: MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA REIS
 Sexo: Masculino RG: 3452628 Município: PARAMBU
 CEP 63680-000 Bairro: ZONA RURAL
 Endereço: DISTRITO VILA ISABEL

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição	Horário:
------------	----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

ATUALIZAÇÃO DE PROTOCOLO - 10.
 MATRÍCULA
 PELO SISTEMA E-OU3
 DATA 11 / 12 / 19
 MATRÍCULA 51022
Luciano dos Reis



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702807189283262 Admissão: 01/12/2019 03:30
Nome: JOSE LUCIANO DOS REIS
Pront.: 5646857 Data Nasc.: 11/02/1994 Idade: 25 ano(s) 10 mes(es) e 0 dia(s) Tel.: 85 99890-0891
Mãe: MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA REIS
Sexo: Masculino RG: 3452628 Município: PARAMBU
CEP 63680-000 Bairro: ZONA RURAL
Endereço: DISTRITO VILA ISABEL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE Horário 01/12/2019 03:34
Queixa: PACIENTE, 25 ANOS, ENC. HOSP. PARAMBU COM HISTÓRIA DE TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CRANIO
E FACE COM RELATO DE SÍNCOPE - NO MOMENTO GLASGOW=15
Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
Discriminador: TCE- HISTÓRIA DE INCONSCIENCIA
Autoagressão: Não
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: WALDER DE FREITAS RAMOS JUNIOR CRM: 4468 Nº: 579866 Horário 01/12/2019 05:27
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO 6
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
ACIDENTE DE MOTO COM POLITRAUMA + TCE = TRAUMA DE FACE.

ALTA

Data: 02/12/2019 16:58

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data		Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
01/12/201	03:34	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	TCE- HISTÓRIA DE INCONSCIENCIA	AMARELO	ALVARO DIOGENES LEITE FETHINE

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: JOSE LUCIANO DOS REIS

Idade: 10 ano(s) 10 mes(es) e 0 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5646857

Endereço: DISTRITO VILA ISABEL

Bairro: ZONA RURAL

UF: CEARÁ CEP: 63680-000

Cidade: PARAMBU

Admissão

Unidade: 11

Enfermaria: 111

Leito: 1116

Data de Admissão: 11/12/2019

Hora: 10:58

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Evolution

Cancelada

Não

Exame Clínico

EXAMEN SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS NASAIS. PROCEDIMENTO SEM ANESTESIA

Exames Realizados

EXAMES DE TÓRAX, HEMATOLOGICO E RADIOGRAFIAS DE FACE

Medicação Utilizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO E MEDICAMENTOSO

Sinais e Sintomas Apresentados

Diagnóstico

FRATURA DOS OSSOS NASAIS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S022	FRATURA DOS OSSOS NASAIS

Indicações de Alta

Data Programada da Alta: 11/12/2019

Serviços Complementares

Informado *

Responsável

LUCAS ALEXANDRE MAIA

11/12/2019

CIRURGIA

	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0542	Procedimento Eletivo	11/12/2019 10:05	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA AFONSO DE SOUZA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	RIBEIRO FILHO

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

CIRURGIA COM DR AFONSO:

Nome: Jose Luciane dos Reis BE: 5646857

Data da Cirurgia: 11 / 12 / 19 (QUARTA - FEIRA)

Horário: 06:00 HORAS

TRAZER:

- 1- CÓPIA DO RG;
- 2- CÓPIA DO CPF
- 3- COMPROVANTE DE ENDEREÇO
- 4- CARTÃO DO SUS

OBS:

1. Entrar pelo SPA (entrada pela R. Senador Pompeu)
2. Fazer BE (no SPA) e AIH (na Central de Leitos)
3. Comparecer a recepção do Centro Cirúrgico (3º andar) para realização da internação hospitalar

Recomendações Pré-operatórias:

- **JEJUM** completo (nem mesmo água) desde pelo menos 8 (oito) horas antes da cirurgia. **Iniciar jejum a partir das 22:00hs do dia anterior (terça).**
- Comparecer ao hospital rigorosamente no horário marcado para a internação. Em caso de atraso pode haver, até mesmo, a suspensão do procedimento.
- Não esquecer de levar **TODOS** os exames pré-operatórios (**sangue, radiografias de face e tórax, ECG**), tanto o anestesista como o cirurgião precisarão deles.
- Retire relógios, pulseiras, anéis, brincos, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues ao seu **acompanhante**.
- Levar e xerocar todos os documentos necessários para a internação: RG, CPF, Cartão do SUS, Comprov. de residência, guia de referência (residentes de outros municípios), certidão de nascimento (menores de idade).
- Informe seu telefone de contato para ser registrado no Aviso Cirúrgico.

Tipo de fratura: ☒ OPN ☐ Arco Zigomático

Dr. Jean Felipe Vasconcelos Freires
Cirurgião Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residência HBM-CRO/CE 9530

Fortaleza, 08 / 12 / 19

Ass: [Assinatura]



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Paciente: <u>Jose Luciano dos Reis</u>		Nº AIH/RAE: <u>5646857</u>	
Externo? ☒ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.

JUSTIFICATIVA

Pre-operatório

EXAMES RADIOLÓGICOS

☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP	☐ Coluna Dorsal AP/P
☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P	☐ Cotovelo AP/P
☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL	☐ Fêmur AP/P
☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/F	☐ Tornozelo AP/P	☐ Pé AP/OBL
☐	☐	☐	☐

EXAMES LABORATORIAIS

☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina	☐ Potássio
☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio	☐ TAP
☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase	☐ Sumário de Urina
☐	☐	☐	☐

ULTRA-SONOGRAFIA

☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD	☐ MID	☐
☐	☐	☐ MSE	☐ MIE	☐

OUTROS EXAMES

Ecó ECG 50.00

Dr. Jean Felipe Vasconcelos Freires
Cirurgião de Traumatologia
Burocracia Médica
Residência Médica - RCPSC 9530

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

Data: 08/12/2019 Hora: 20 h 08 minutos

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

ATESTADO

NOME : JOSE LUCIANO DOS REIS

PRONTUÁRIO: 5646859

Foi atendido neste hospital no dia 11/12/19, submetido a procedimento cirúrgico. Necessita de 07 dias de repouso domiciliar, a contar de hoje, para cuidados com a saúde.

CID S022

Fortaleza, 11/12/19

Dr. Luciano
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residente R001-2019/CE 5578

Assinatura e carimbo



RECEITUÁRIO

É obrigatório a denominação genética do medicamento prescrito. Decreto Nº 793/93 - MS

Paciente: José Luciano dos Reis
CNS: _____
Endereço: _____ ACS _____

Ute bucal

① Triamcinolona acetato pomada — 01 tubo
Aplicar 01 pomada nas lesões bucais
03 x / dia

[Large handwritten signature]

Dr. Marcus Vinícius R. Nelson
MÉDICO
CRM - PI 7967

02/01/2020

Não tome remédio sem receita médica.

RETORNO AMBULATORIAL

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

NOME : JOSE LUCIANO DOS REIS

PRONTUÁRIO: 564685

RETORNO SPA

Data de retorno: 19/12/2019 (quinta) as 08:00 horas

Conduta a realizar: reavaliação PO de redução de Ex OPN

Cirurgia dia: 11/12/19

Data: 11/12/19

Dr. Lucas Ivãia
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
Residência 9575

Assinatura e carimbo

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <u>JOSE LUIZ DE OLIVEIRA</u>		
Endereço: <u>Br. Rio Branco 1816</u>		
Prescrição: <u>NOBUMAX 2x</u> <u>4</u> <u>tomar 1x ao 12/12h.</u> <u>10 dias</u>		
Data: <u>1/12/19</u>		<u>Jalme Marques</u> Cirurgião Plástico CREMEC 6999
		Carimbo e Assinatura do Médico
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		RECEITUÁRIO
Nome:		Data: <u>1/1</u> Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.:	UF:	
Endereço:		
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

NOME : : JOSE LUCIANO DOS REIS

PRONTUÁRIO: 5646859

Uso interno (VO):

- 1) Ibuprofeno 600mg _____ 09 comprimidos
Tomar 01 (um) comprimido de 8/8h durante três dias.
- 2) Dipirona 500mg _____ 08 comprimidos
Tomar 01 (um) comprimido de 6/6h durante 02 dias.

Data: 11/12/19

Dr. Lucas Malh
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residência 11-01/19 8579

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
ANAL 3.452.628 DATA DE
EXPEDIÇÃO 10/05/10

NOME
JOSÉ LUCIANO DOS REIS

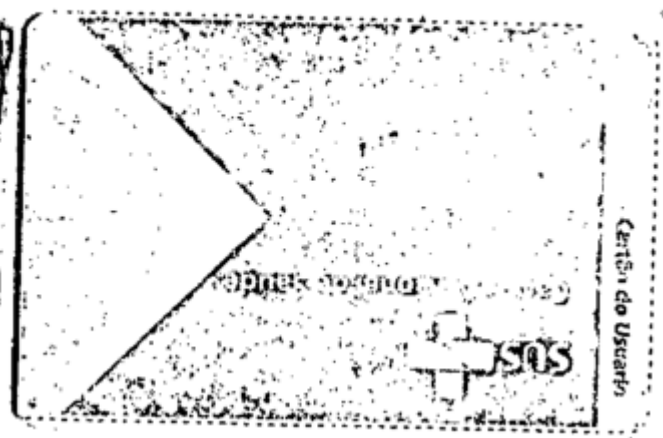
RESIDÊNCIA
MARIA ELZA PEREIRA DA SILVA REIS
JOSÉ AILTON DOS REIS

NATURALIDADE
PIO IX-PI DATA DE NASCIMENTO
11/02/1994

CERT. NASC. 14507 L 60 F 40
EXP PIO IX PI 24/10/94

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



REALIZAÇÃO

SEMPRE COM O CORREIOS

FEV 2010

CORREIOS

REPUBLICA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

Assinatura do Titular: José Luciano dos Reis

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Sistema Único de Saúde

JOSE LUCIANO DOS REIS

Data Nasc.: 11/02/1994 Sexo: M

702 8071 8928 3262

Ministério da Fazenda

CPF

Receita Federal

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

057.349.733-86

Nome

JOSE LUCIANO DOS REIS

Nascimento

11/02/1994

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170669303 Nº 014207850127
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 1030778920 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCISCA CAROLINA DA SILVA MELO

CPF / CNPJ 04510281390 PLACA PMS-7478

PLACA ANT / UF PMS-7478 CHASSI 9C2HB0210ER024232

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/ENKUNA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP100 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 002P/097CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1º IPVA 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO COTA ÚNICA PAGO IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICOES

PIO IX DATA 3/9/2019

INFORMAÇÕES DO REGISTRO
LÍDER - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014207850127 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 3/9/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 04510281390 PLACA PMS-7478

RENAVAM 1030778920 MARCA / MODELO HONDA/POP100

ANO FAB. 2014 CAT. IRT 09 Nº CHASSI 9C2HB0210ER024232

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 36,04 DENATRAN (R\$) 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 84,58

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 30/08/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.240.292/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200164478 **Cidade:** Pio IX **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE OSSOS NASAIS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO DE OSSOS DO NARIZ P.6,11), CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.008.369 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/03/10

NOME FRANCISCA CAROLINA DA SILVA MELO

FILIAÇÃO FRANCISCA RAIMUNDA DA SILVA MELO
ELIEZER CANUTO DE MELO

NATURALIDADE PIO IX-PI DATA DE NASCIMENTO 26/07/1994

DOC. ORDEM CERT. NASC. 14359 L 60 F 03
EXP. PIO IX-PI 03/08/94

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Francisca Carolina da Silva Melo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Novembro/2007

 **CORREIOS**
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

045.102.813-90

FRANCISCA CAROLINA DA SILVA MELO

26/07/1994

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRANCISCA CAROLINA DA SILVA MELO

1554742604

05777953912

27/11/2022

14/05/2013

045.102.813-90

26/09/1994

ELIEZER CARVALHO DE MELO

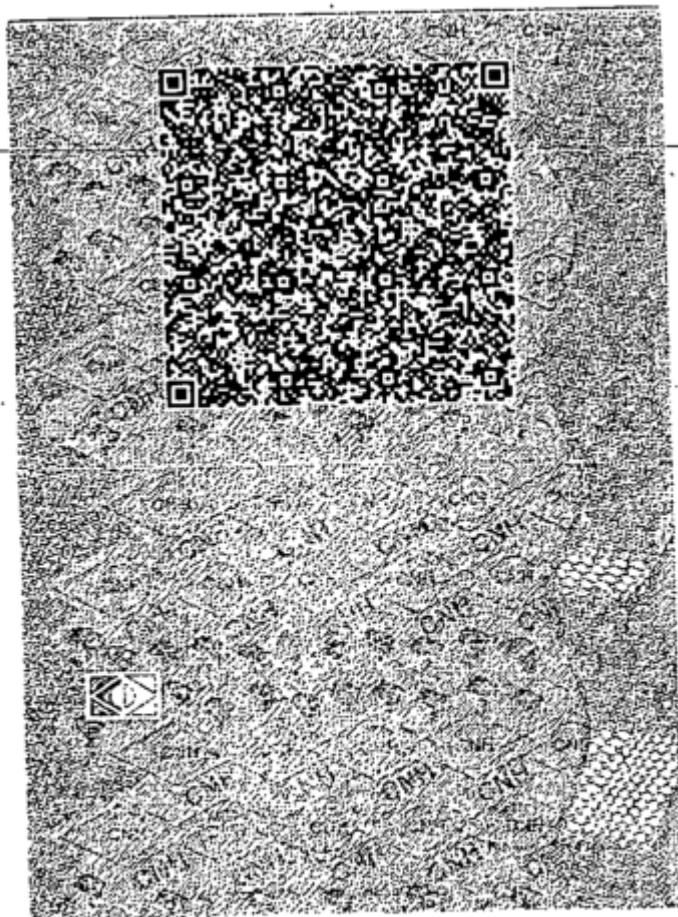
FRANCISCA RAQUEL DA SILVA MELO

05104642240

PI319880728

12/01/2018

PIAUI





Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h;

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

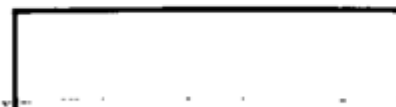
BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE LUCIANO DOS REIS			
ENDEREÇO / Address			
SITIO PONTA DA SERRA (BR-020)			
ZONA RURAL			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
64660-000	PZO IX	PI	



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (52) 3204-2900

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª ___/___ às ___ 2ª ___/___ às ___ 3ª ___/___ às ___		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em ___/___ (Reinstated to service post)		
Data ___/___ Responsável _____		



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO	DPVAT		
CEP / Zip	Destinatário: Seguradora LIDER (DPVAT) Rua da Assembleia 100, Edifício CITIBANK CENTRO CEP: 20.011-904 Rio de Janeiro-RJ		
		UF / State	PAÍS / Country

ATENDIMENTO



Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



20107

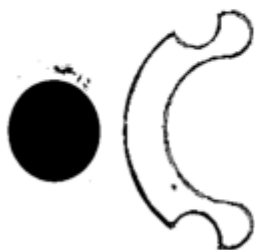


SEU SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO É CUSTEADO PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. Rua da Assembleia, 100 - 24 ° Andar - Centro. Rio de Janeiro - RJ CEP : 20011-904		TELEFONE / Phone Number
UF / State	PAÍS / Country	

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSE LUCIANO DOS REIS		0819-9909-1909	
ENDEREÇO / Address			
LC-MONTA DA SERRA - BR 020 CLOVA RURAL			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
64660-000	P10 TX	P1	BRAZIL

3200164478

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)	
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALCIDO (Deceased)		
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)		
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)		
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)		
☐ AUSENTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1º	2º	3º	4º
/	/	/	/
Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)			
Reintegrado ao serviço postal em / /			
Reinstated to service post			
Data / / Responsável			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128170/20

Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

CPF: 057.349.733-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/11/2019

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DOS REIS

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE LUCIANO DOS REIS : 057.349.733-86

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: 04/05/2020
Nome: JOSE LUCIANO DOS REIS
CPF: 057.349.733-86

JOSE LUCIANO DOS REIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128170/20

Número do Sinistro: 3200164478

Vítima: JOSE LUCIANO DOS REIS

Data do acidente: 30/11/2019

CPF: 057.349.733-86

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LUCIANO DOS REIS

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOSE LUCIANO DOS REIS : 057.349.733-86

Autorização de pagamento

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: 28/07/2020

Nome: JOSE LUCIANO DOS REIS

CPF: 057.349.733-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

JOSE LUCIANO DOS REIS

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO