

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221806

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221806

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200221806 **Vítima: JOANA PAULA DA SILVA**

Data do Acidente: 25/02/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOANA PAULA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **004**

Agência: **0000088**

Conta: **000004026-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____ < CAMPO PREENCHIDO: _____

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, Joana Paula da Silva, PORTADOR(A) DO RG N° 2002.014001425, EXPEDIDO POR SSP/IC EM 14/02/02 E CPF 0006396353-48 CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO doméstica E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00*, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA Joana Paula da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de 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 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 088 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4036 - 1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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) _____

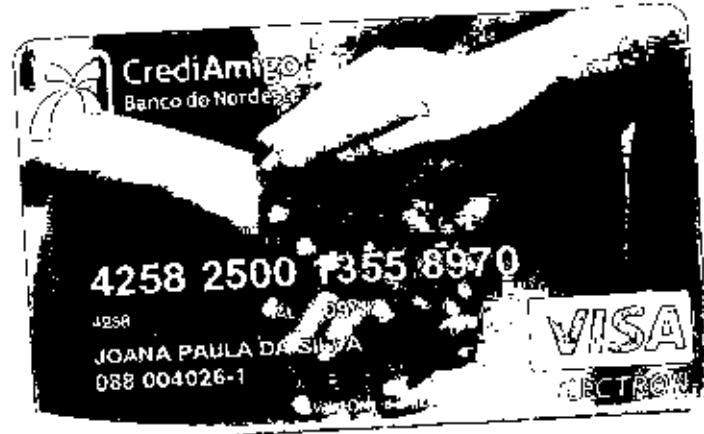
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Assinante: Joana Paula da Silva
 LOCAL E DATA: 05 de agosto de 2014 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.novasegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Recuso (não) tipo(s) da cobertura:

 DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

006.396.353-18 JOANA PAULA DA SILVA

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP - NO 018/2003

5 - Nome completo:

JOANA PAULA DA SILVA

6 - CPF: 006.396.353-18

7 - Profissão:

RECUSA

8 - Endereço:

RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA 436 RECUSA

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SOLON LIMA VERDE

12 - Cidade:

ARACAJA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

15 - E-mail:

RECUSA

16 - Tel.(DDDI):

(85) 992945644

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MEIOR ENTRE 8 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
 SEM RENDA R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abertos. Anexar uma cópia) CONTA CORRENTE (dados os bancos) Bradesco (227) Itaú (945) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 89

CONTA: 4026

1

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 SCRVENTE 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 atende a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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 Lider 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 SCRVENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 - Vítimo teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

ARACAJA 22/06/2020
Joana Paula da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 650 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **14/06/2016 09:16:00**

Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2016 17:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO FELICIO**

Complemento:

Bairro: **PQ CENTENARIO**

Município: **ARACOIABA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOANA PAULA DA SILVA**

Nascimento: **22/04/1983** CPF: **006.396.353-18**

RG: **2002014001125** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF:

Filiação: **MARIA CATARINA DA SILVA**

FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

Endereço: **RUA JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA**

Bairro: **CONJ. SOLON LIMA VERDE**

CEP:

Município: **ARACOIABA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9966-3252**

Histórico

Narra a declarante que estava na garupa da motocicleta KASINSKI/COMET 150 DE PLACA OII-1294, CHASSI:93FCMACFBBM007516, cor preta, ano/modelo 2011, a qual na data do acidente estava sendo conduzida pela pessoa de JOSÉ EUDES DE OLIVEIRA LAURINDO quando caíram ; que a motocicleta é registrada no nome de DIOMEDIO RODRIGUES COSTA, o qual tem conhecimento de que a declarante sofreu acidente na motocicleta que está registrada em seu nome; que caíram logo que a declarante subiu na motocicleta e andaram questão de metros; que acreditava que o condutor se desequilibrou devido as condições ruins do terreno; que a declarante quebrou o braço direito na altura da articulação da mão; que foi conduzida para o hospital por uma pessoa que mora no local e se submeteu a cirurgia no local da fratura; que passou cerca de dois meses em tratamento. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Francisco de Assis Soares de Oliveira* - MAT.: 404834-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Joana Paula da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) : *Ricardo Gonçalves Pinheiro* - MAT.: 404576-1-5

SABEM SEGUROADORA(S) /
22 AGO 2017
RECEBIDO

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PÓLICIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 650 / 2016**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **14/06/2016 09:16:00**

Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2016 17:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO FELICIO**

Complemento:

Bairro: **PQ CENTENARIO**

Município: **ARACOIABA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOANA PAULA DA SILVA**

Nascimento: **22/04/1983** CPF: **006.396.353-18**

RG: **2002014001125** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF:

Filiação: **MARIA CATARINA DA SILVA**

FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

Endereço: **RUA JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA**

Bairro: **CONJ. SOLON LIMA VERDE**

CEP:

Município: **ARACOIABA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9966-3252**

Histórico

Narra a declarante que estava na garupa da motocicleta KASINSKI/COMET 150 DE PLACA OII-1294, CHASSI:93FCMACFBBM007516, cor preta, ano/modelo 2011, a qual na data do acidente estava sendo conduzida pela pessoa de JOSÉ EUDES DE OLIVEIRA LAURINDO quando caíram ; que a motocicleta é registrada no nome de DIOMEDIO RODRIGUES COSTA, o qual tem conhecimento de que a declarante sofreu acidente na motocicleta que está registrada em seu nome; que caíram logo que a declarante subiu na motocicleta e andaram questão de metros; que acredita que o condutor se desequilibrou devido as condições ruins do terreno; que a declarante quebrou o braço direito na altura da articulação da mão; que foi conduzida para o hospital por uma pessoa que mora no local e se submeteu a cirurgia no local da fratura; que passou cerca de dois meses em tratamento. E nada mais disse./////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Francisco Soares

FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE OLIVEIRA - MAT.: 404834-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Joana Paula da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

RICARDO GONÇALVES PINHEIRO - MAT.: 404576-1-5

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Comissão de Inovação do IML



Eu, Joana Paula da Silva, portador da carteira de identidade nº 2002014001125 e inscrito no CPF/MF sob o nº 006.396.353-18, residente e domiciliado na Rua Joanninha, Acu do Oliveira, 436, Cidade Aracoiaba, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Joana Paula da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Aracoiaba, 16/08/2017

Local e data

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Recuso (não) tipo(s) da cobertura:

 DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

006.396.353-18 JOANA PAULA DA SILVA

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP - NO 018/2003

5 - Nome completo:

JOANA PAULA DA SILVA

6 - CPF: 006.396.353-18

7 - Profissão:

RECUSA

8 - Endereço:

RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA 436 RECUSA

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SOLON LIMA VERDE

12 - Cidade:

ARACAJA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

15 - E-mail:

RECUSA

16 - Tel.(DDDI):

(85) 992945644

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MEIOR ENTRE 8 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
 SEM RENDA R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abertos. Anexar uma cópia) CONTA CORRENTE (dados os bancos) Bradesco (227) Itaú (945) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 89

CONTA: 4026

1

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 SCRVENTE 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 atende a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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 Lider 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 SCRVENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 - Vítimo teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

ARACAJA 22/06/2020
Joana Paula da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO I**

Comprovado no dia 07/07/10
00000

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

CST-83

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/04/83

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - FONE DE CONTACTO
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente sentiu-se mal e prostrado.
Também digita mal.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de hospitalização

SABEMI SEGURADORA S/A
18 SET 2017

RECEBIDO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADA

Diarréia crônica

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CT

Os

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

20/07/17

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CEDR

35 - () ACIDENTE TRABALHO PROJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - N° DO BILHETE

44 - SÉRIE

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOANA PAULA DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00088

CONTA: 00000004026-1

Nr. da Autenticação 889529503AC3D840

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Joana Paula da Silva,

RG nº 200201400125, data de expedição 14/02/02, Órgão SSP/CE,

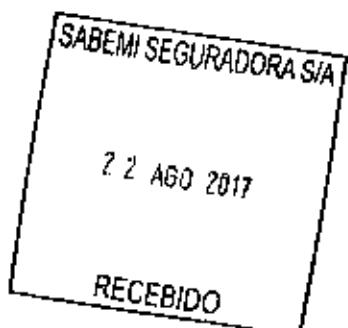
CPF nº 006.396.353-18 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua jacarandá 0611 da</u>
Número	<u>Oliveira, 436</u>
Apto / Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Saon himo. Vitoria</u>
Cidade	<u>Cuxaciaba</u>
Estado	<u>ce</u>
CEP	<u>62450-000</u>
Telefone de Contato	<u></u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quintal/1A 15/08/2017

Assinatura do Declarante: Joana Paula da Silva



1388602-9

de Zon de Vuurde 2002

incomes

Per la storia della medicina italiana.

Tlaxi Puente Valdeverde, 150
P 60135 040 Ferrolana CE
051-20-CGE/06-105-B1B-3

QNPJQT D-7.251/0001-70 CGF QB 105.846-1

ବେଳାମି କ୍ଷେତ୍ରରେ ପରିବହନ କରିବାରେ ଯାଏଇବୁ କିମ୍ବା କିମ୍ବା

42237601

2012-06-22 10:56:10Z 2012-06-22 10:56:10Z = 0 Data da Emigração

MARIA GONZAGA DA SILVA

Nome MARIA CRISTIANE DA SILVA

End. Postal RU JOAQUINHA ALVES DE OLIVEIRA 66436
CEP 88.400-000 MURIBA - ESTADO: CEARÁ - 62350-000

- - - - -SOLON TINA VERDE - -ARALOJABA- - 627560000

Medicine 7819372

01-RESIDENCIAL MONOFATICO BAIXA RENDA por de Botucatu 0,00

Case# 323338543-91 **Permit#** 666

2G / CPF / CNPJ

165

Nome do Responsável

DATA	DATA DA APROVAÇÃO	PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA	VOLUME LIGADO CONJUNTO	MES	VALOR
10/02/2016	09/03/2016	08/04/2016	JAN/2016		BRL 18,60

		DIFERENÇA DE BASE					
		Prestação Individual			Ajuste à base individual		
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do Imposto	Percent.	Anual	Mensal	Anual	Mensal
100,00							
100,00	10,00	10,00	10,00	120,00	10,00	120,00	10,00
100,00	15,00	15,00	15,00	180,00	15,00	180,00	15,00
100,00	20,00	20,00	20,00	240,00	20,00	240,00	20,00
100,00	25,00	25,00	25,00	300,00	25,00	300,00	25,00
100,00	30,00	30,00	30,00	360,00	30,00	360,00	30,00
100,00	35,00	35,00	35,00	420,00	35,00	420,00	35,00
100,00	40,00	40,00	40,00	480,00	40,00	480,00	40,00
100,00	45,00	45,00	45,00	540,00	45,00	540,00	45,00
100,00	50,00	50,00	50,00	600,00	50,00	600,00	50,00
100,00	55,00	55,00	55,00	660,00	55,00	660,00	55,00
100,00	60,00	60,00	60,00	720,00	60,00	720,00	60,00
100,00	65,00	65,00	65,00	780,00	65,00	780,00	65,00
100,00	70,00	70,00	70,00	840,00	70,00	840,00	70,00
100,00	75,00	75,00	75,00	900,00	75,00	900,00	75,00
100,00	80,00	80,00	80,00	960,00	80,00	960,00	80,00
100,00	85,00	85,00	85,00	1020,00	85,00	1020,00	85,00
100,00	90,00	90,00	90,00	1080,00	90,00	1080,00	90,00
100,00	95,00	95,00	95,00	1140,00	95,00	1140,00	95,00
100,00	100,00	100,00	100,00	1200,00	100,00	1200,00	100,00

Información	Valor	Unidad	Consumo (KWh)	Cena. Int.	Cena. Tot.	IC-10 (Rp. Miliar)	Volumen (M3)
Tot. Actual	1.000	KWh	1.000	0.09	90	0.111.000	4.29
(100)	100%		100	0.09	90	0.111.000	4.29

DESCRIÇÃO	VALORES (R\$)
VN- CONSUMO D'AGUA PRECO NORMAL	56,87
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-22,75
MULTA MORATORIA REF 02/2016	0,82
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,25
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,84
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES. (R\$ 1,96)	

VENCIMENTO 16/03/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 47,03

REGISTRO DE VENDAS CONSUMO	REGISTRO DE VENDAS INDUSTRIAL
Produtos	22,42
Transporte	0,46
Distribuição	0,74
Encargos Fácturais	1,15
Trabalhos (Dias Plastur) ...	2,69
TOTAL	54,86

CONSUMO DE GÁS ENTRE 01/01/05 E 01/06/05 (%)		
Comparação feita pelo consumo de energia elétrica através da Tabela.		
Emilão kg(CO ₂)	Comparação kg(CO ₂)	Quociente Ecológico (% CO ₂)
54,03	0,01	0 _____ 100

informações importantes e avisos de vencimento

AV180-06-000001-VER01B03
Informações existir debêtu vencido não abreviadas legais até esta
data, no valor de R\$ 160,45. Sua fatura é cliente da energia podera ser
suspensa em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não
paga.

ncimiento
DE LOS AMÉRICAS
Méjico . . . Vol. y. P.
01/2016 52,74
32/2016 53,26

Consta desta fatura R\$ 3,89 referente à PIS e COFINS.

Nº do Cliente: 1388602-9 Referência: Mar/2016
Data de Emissão: 09/03/2016 Total a Pagar (R\$): 47,03
Nº da Nota Fiscal: 422976014 Nº de Controle: 0001388602 00499 39382 14

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

8335038

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

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 067036892

Rota AC006R56 - 100000 Referência 06/2020

Nome JOANA PAULA DA SILVA
Endereço RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA, 00436, SOLON LIMA
VERDE, 62750-060, ARACOJABAClassificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação MonofásicoEmissão 10/06/2020
Medidor 1543402-INE-019

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior	12/05/2020	Atual	10/06/2020
			Próxima previsão



DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto	Lait. Atual	Lait. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$ /kWh)	Valor (R\$)
FF	11.547	11.547	1,00	200	00	00	0,05000	0,00

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CRÉDITO PRÓXIMAS FATURAS	-	1,18
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	14,32
PIS COMPL BX RENDA	-	1,48
COFINS COMPL BX RENDA	-	6,76
DESCONTO BAIXA RENDA	-	149,59
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	149,59
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	-	0,00
CONSUMO DE 031 KWH ATÉ 100 KWH	-	0,00
CONSUMO DE 101 KWH ATÉ 200 KWH	-	0,00
PAGAMENTO DUPLICIDADE/NÃO LOC	-	67,61
JUROS MORATORIOS	-	3,25
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	40,62

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	27,00	0,00
PIS	149,59	0,99	1,48
COFINS	149,59	4,52	6,76

25/06/2020

0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 006.396.353-18

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
peito consumo de energia elétrica.
Emitido (kg CO₂) Compensado (kg CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

Periodos: Bnd. Tarif.: Verde ; 13/05 - 10/06
Conforme MP Federal 950/20, essa conta teve desconto de 100%
na parcela de consumo até 220kwh.

Nº do Cliente: 8335038 Referência: 06/2020 V: [1.0.0.13]
Data de Emissão: 10/06/2020 Total a Pagar (R\$): 10014551550
Nº da Nota Fiscal: 067036892 N° de Controle:



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

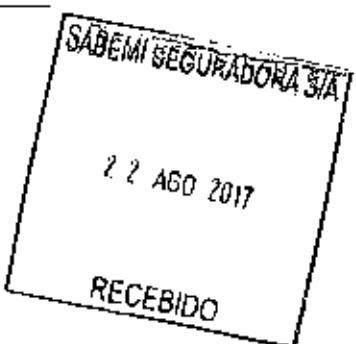
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Itamor Simões da Silva, portador(a) do RG nº 325 3110 - 97, expedido por _____, em 34 131 1997 CPF/CNPJ nº 832982903-00, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Joana Paula da Silva _____ do sinistro de DPVAT da natureza _____ da vítima Joana Paula da Silva _____, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Jóquei Renda Mensal: R\$ 1000,00

Documentos comprobatórios: Urucum

x Itamor Simões da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO

Eu, *Diomedio Rodrigues Costa*, RG 2009004060-5, data de expedição em 30/12/2014- SSPDS/CE, Portador do CPF 894.035.413-34, residente e domiciliado no sítio Barra Nova, zona rural, de Itapiúna/CE, declaro sob as penas da lei, que o veículo abaixo descrito está/estava registrado em meu nome na data do acidente ocorrido com a vítima *Jogna Paula da Silva* em 25/02/2016, cujo condutor era *PSJ End 26 d 6 b 782*.

DADOS DO VEÍCULO

MARCA/MODELO: MOTOCICLETA KASINSKI/COMET 150 70

ANO/MODELO: 2010/2010

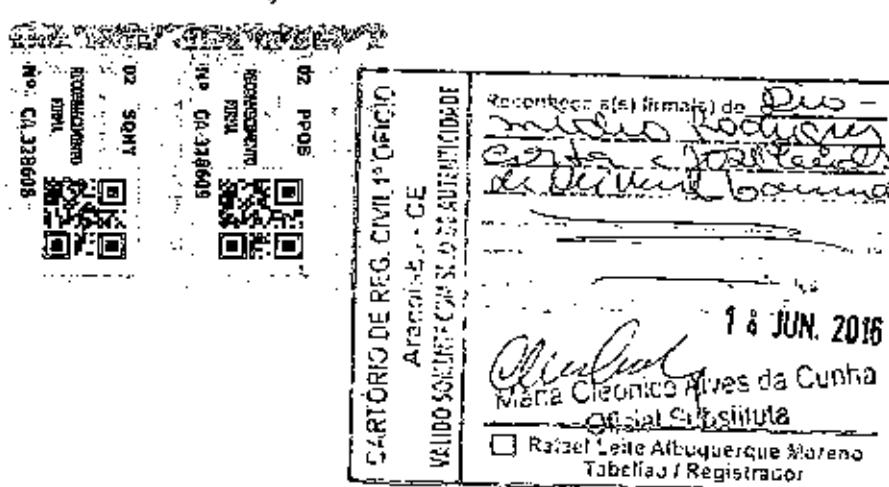
PLACA: OII-1294

CHASSI: 93FCMACFBBM007516

COR: PRETA

Assinatura do declarante: *Diomedio Rodrigues Costa*

Assinatura do condutor: *PSJ End 26 d 6 b 782*



SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Documentário do médico hospitalar

0006

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

22/04/83

Mas.

Fam.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO -
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

DOD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

420-8

Cel. 2233-1234

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com dor no peito e sensação de pressão no peito.
Nada mais.

SABEMI SEGURADORA S/A

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hospitalização de observação.

22 AGO 2017

RECEBIDO

19 - PRINCIPAIS PESQUISAS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADA

Internação de observação.

Internação de observação.

Internação de observação.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

25/08/17

33 - N° DO BILHETE

34 - BÉRIG

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CHAMADA IMPRESA

41 - CEDR

35 - () ACIDENTE TRABALHO IRREGULAR

39 - N° DO BILHETE

40 - N° DO CARIMBO

41 - CEDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - N° DO BILHETE

45 - N° DO CARIMBO

46 - BÉRIG

() AUTÔNOMO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() DESEMPREGADO

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - N° DO CARIMBO

47 - N° DO CARIMBO

() APOSENTADO

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() NÃO SECLASADO

53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

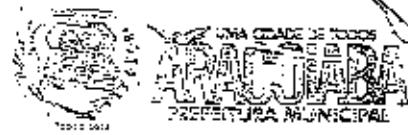
55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

P. (Assinatura)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE
FOLHA SUMÁRIO DE URINA

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

NAME <i>15:15</i>	CINCA <i>PT</i>	BLOCO/LEITO <i>SE</i>	BLOCO/LEITO <i>SE</i>
CRM <i>10000-07-00000000</i>	REGISTRO <i>050.832</i>		
SEXO <i>M</i>	SEXO <i>M</i>	NASCIMENTO <i>22/04/83</i>	IDADE <i>33</i>
ESTADO/CID <i>Brasília - D.F.</i>	PROFISSAO <i>Agricultor</i>	GRAU DE INSTRUÇÃO <i>Ensino Fundamental</i>	RELIGIÃO <i>Ornamenta</i>
RESIDÊNCIA <i>Sítio Linha Verde</i>		BAIRRO <i>Feijo Chagas da Silva</i>	FONE <i>663.2503</i>
PARECE-SE <i>Mrs. Catânia da Silva</i>			

RESPOSTA A NOTA DE CASO EM CASO DE URGÊNCIA	PARENTESCO
RESPOSTA:	BAIRRO
RESPOSTA:	FONE
RESPOSTA:	PARENTESCO
RESPOSTA:	BAIRRO
RESPOSTA:	FONE

DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO

DATA DE INTERNACAO <i>25/07/16</i>	DATA DA SAÍDA <i>17/08/16</i>	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE
ESTADO/CID			ÓBITO
DATA	TÍPO	<input type="checkbox"/> 1 - INEXISTENCIA DE DADOS	
1 - DURADOURO		<input type="checkbox"/> 2 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO	
2 - MELHORADO		<input type="checkbox"/> 3 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DENTRO DAS PRIMEIRAS 24 hs	
3 - MAIORADO		<input type="checkbox"/> 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 HS E ATÉ 72 HS	
4 - FEZOS		<input type="checkbox"/> 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO NA SEMANA APÓS O ATO OPERATÓRIO	
5 - INTERNATO PARA DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> 6 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO	
AGRESTE DE JEFERSON		<input type="checkbox"/> 7 - ÓBITO POR ANESTESIA	
		CÓDIGO	

AGRESTE DO SECUNDÁRIO	CÓDIGO
-----------------------	--------

PERIODO	CÓDIGO
---------	--------

DATA <input type="checkbox"/> ANTES DE 24hs <input type="checkbox"/> DEPOIS DÉ 24hs	AUTÓPSIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	--

OBSEVAÇÕES

SABEM SEGUROADORA S/A

22 AGO 2017

RECEBIDO

Edna

SAME - FUNCIONÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE - CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e encorajar)

Name do Paciente

Diagnóstico

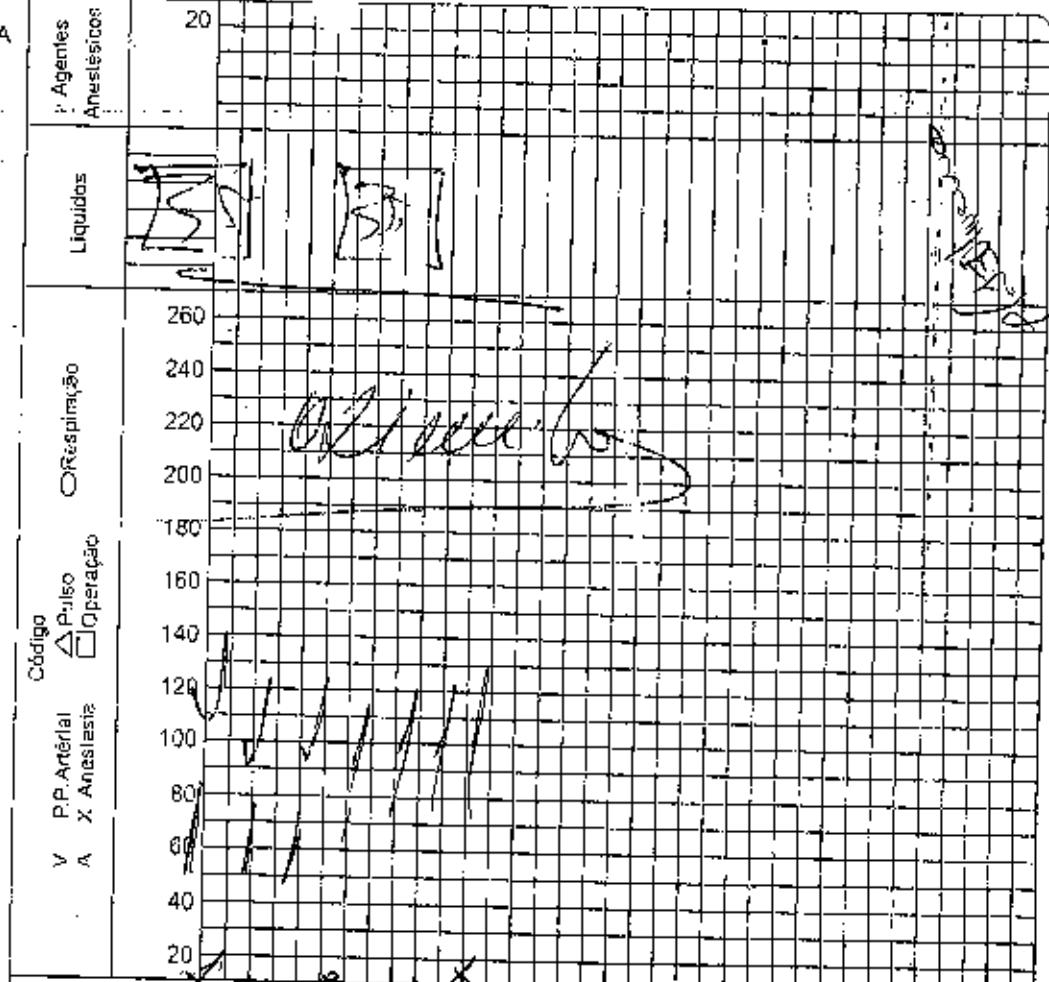
OpenOffice

61

Nº DA GIH		CIRURGIA			ANESTESIA				
		1 - Peq.	4 - Simp.		<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Outros		
REC.		2 - Média	5 - Mult.						
		6 - Grande	6 - Especial						
		7 - Princ. e Secundária							
CÓDIGO CID		Inicio	Termino	Duração					
Conversão	Categoria	Detalhes							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Código SSM		Dia	Mês	Ano	Dia útil	Anestesia			
		1 / 5	0 / 1	1 / 1	<input type="checkbox"/> Sim	Minutos total	Minutos cf acréscimo		
					<input type="checkbox"/> Não				
65	MEDICAMENTO DE SALA					TIPO	Q	V.U	V.T
74	Oxigênio					Assinatura da Enfermeira			
Inicio Horas		Térn. Horas		Total de Horas		Assinatura Cirurgião			

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO
- OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA



Refletar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

deve ser
além das expectativas

DATA / / / /

Cirurgião - Ass. e Carimbo

1º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo



*M.º Prof. Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTÉSIOLOGO
MÉDICO DENTISTA
CRM-CE 532*



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE
FOLHA SUMÁRIO DE URINA

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

ME 15.15	CÍNICA	BLOCO/LEITO	BLOCO/LEITO 3x5
NOME Jenner Paula da Silva		REGISTRO	050 832
RESIDÊNCIA Ribeirão Preto	SEXO Feminino	NASCIMENTO 22/04/83	IDADE 32
ESTADO/CIVIL casada	PROFISSÃO Agricultora	COR	
SOCIAL Soc. Rural Verde	GRAU DE INSTRUÇÃO		RELIGIÃO
ACAO Faz. Chagas da Silva	BAIRRO		PROCEDÊNCIA Araciaba
ESTADO/CIVIL M. Catânia da Silva			FONE 9663 2527

ESCAVACAR/POCAR EM CASO DE URGÊNCIA	PARENTESCO	
ENDEREÇO	BAIRRO	FONE
ENDEREÇO	PARENTESCO	
ENDEREÇO	BAIRRO	FONE

DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO

HORA DE INTERNAÇÃO 25/07/16	HORA DA SAÍDA 16/07/16	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE
ENDEREÇO			ÓBITO
1 - CIRÚRGICO	TPO	<input type="checkbox"/> 0 - INEXISTÊNCIA DE DADOS <input type="checkbox"/> 1 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> 2 - ÓBITO PÓS OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs <input type="checkbox"/> 3 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs <input type="checkbox"/> 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO NA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 6 - ÓBITO POR ANESTESIA	
2 - MELHORADO			
3 - ALTERADO			
4 - PEDIDO			
5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO			

DIAGNOSTICO DEFINITIVO	CÓDIGO

DIAGNOSTICO SECUNDÁRIO	CÓDIGO

TRATAMENTO	CÓDIGO

TIPO — ANTES DE 24hs <input type="checkbox"/> DEPOIS DE 24hs	AUTÓPSIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
REVELAÇÕES			

P (Assinatura)

Edna

SAME - FUNCIONÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE - CRM

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO
- OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA

Agente	20
Anestesicos	



Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

V

X

Codigos

Agente

Liquidos

Respiração

Operação

Anestesia

Pulse

Arterial

Cardígo

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Jane Peres da Silva

vítima de acidente de trânsito, em 25/07/2016, sofreu:

Fratura do lado direito dianteiro
C/I: SS2.5

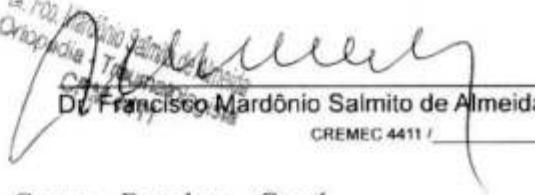
e submeteu-se a tratamento(s): Cliníco

Redução e fixação do frá
fíbrotenápia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

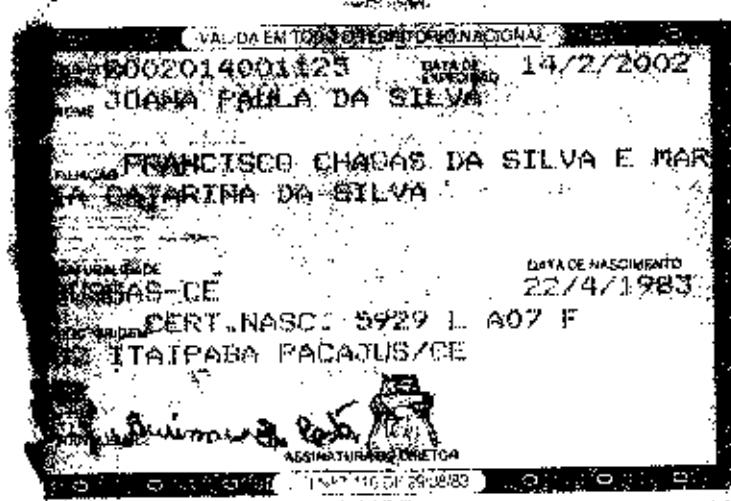
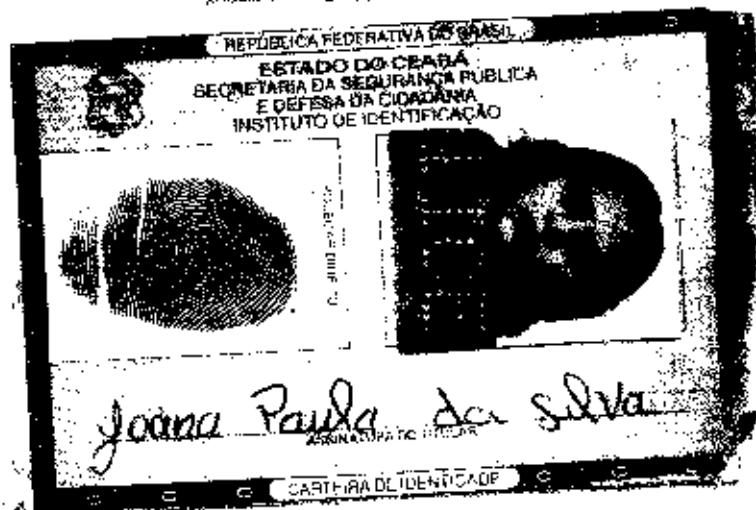
Dores e desconforto no
contorno das articulações
femorais e coxas precoce ao
movimento.
mobilizações com efeitos preprod
fálgos nvi & dor avide
prefeito do lado direito
limbas fúnoral
outra medida definitivo

18/05/2020


Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

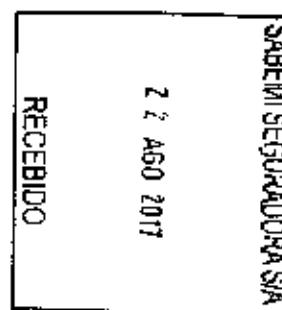


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE CADASTRO FISCAL

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **ESTANAR SIMEÃO DA SILVA**

Nº da Inscrição: **832982903-03** Data de Nascimento: **20/11/80**



VALOR DO TÍTULO DE PROPRIEDADE NACIONAL

embares em : 17/12/97

Este documento é o comprovante do recibo de no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vindo a seguir para receber, conforme os casos previstos na Legislação Federal.





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 010822286049

FABR VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO
02 467384142 0000000000 2014

DIOMEDIO RODRIGUES COSTA

ARACOIABA/CE

CPF/CNPJ
89403541334

PLACA
OII1294

PLACA ANT/UF
***** / CE

CHASSI
93FCMACFBM007516

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NOVO APLIC

COMBUSTIVEL

CASOLINA

MARCA/MODELO

KASINSKI/COMET 150 70

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP/POT/CIL

2P/0CV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

***** , **

VENC. COTA UNICA

** / ** / **

VENC/COTAS

1* *****

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

***** , **

2* *****

A

***** , **

3* *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

***** OBSERVAÇÕES *****

ARACOIABA LOCAL

Igor Ponte
SOUVENTE LIDER



DATA

11/11/2014

T-PESSOAS

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 010822286049 BILHETE DE SEGURO E

2014

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISS

11/11/2

VIA COD. RENAVAM PLACA
02 89403541334 OII1294

MARCA / MODELO
467384142 KASINSKI / COMET 150 70

ANO FAB. DATA N° CHASSI
2011 09 93FCMACFBM007516

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE / DSEGURADORA LIDER DPVAT
MOTOR: 9CAF80078 02248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221806 **Cidade:** Aracoiaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANA PAULA DA SILVA **Data do acidente:** 25/02/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 04 // DOC PÁG. 02 //
DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. FRANCISCO MARDONIO SALMITO DE ALMEIDA, CRM CE 4411, EM 18/06/2020, ACOSTADO NA PÁGINA 04.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171826/20

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

CPF: 006.396.353-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2016

Titular do CPF: JOANA PAULA DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOANA PAULA DA SILVA : 006.396.353-18

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: 22/06/2020
Nome: JOANA PAULA DA SILVA
CPF: 006.396.353-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

JOANA PAULA DA SILVA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Joana Paula da Silva

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casada

Profissão: do lar

Identidade: 2012014001125 CPF: 006.396.353-18

Endereço: Joaninha Alves de Oliveira Bairro: conjunto sôlon Lima verde

Cidade: Anacóia CEP: _____

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Itamar Simão da Silva

Nacionalidade: Anacóia Estado Civil: casado

Profissão: Gariçon

Identidade: 3253310-97 CPF: 832982903-00

Endereço: _____ Bairro: _____

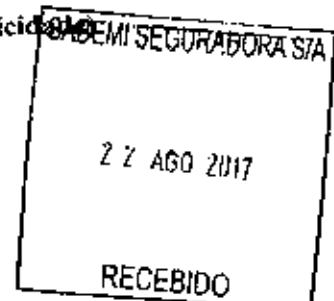
Cidade: Anacóia CEP: 62750.000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima,

Local: Anacóia UF: CE, Data: 17 de 02 de 2014.

Joana Paula da Silva
Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticação)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OÚTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Jeanne Paulez da Silva

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: casado

Profissão: clo levi

Identidade: 2012034001125 CPF: 006.396.353-18

Endereço: Joaniinha Alves de Oliveira Bairro: Encantado CEP: 296.353-38

Cidade: Anaobi Barro: conjunto Sul
CEP: 62750-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Name: Tamara Simao da Silva

Nacionalidade: brasileira Estado Civil: casado

Profissão: Guru

Identidade: 3253110-97 CPF: 832.988.903-00

Endereço: Rua Jardim das Oliveiras, 103 - 00
Bairro: Serra, Lapa

Cidade: aracoiaba Bairro: Olho D'água Verde
CEP: 62.350-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, *Tatá Paula da Cunha*.

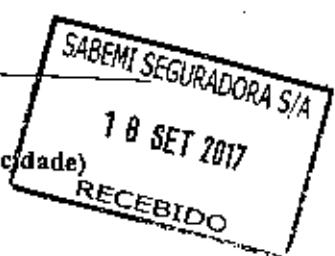
Local: Araicajuba

UF: CG, Data: 21 de Fevereiro de 2012

Joana Paula da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171826/20

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

CPF: 006.396.353-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2016

Titular do CPF: JOANA PAULA DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOANA PAULA DA SILVA : 006.396.353-18

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: 22/06/2020
Nome: JOANA PAULA DA SILVA
CPF: 006.396.353-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

JOANA PAULA DA SILVA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA