



Conselho Nacional de Justiça

Comprovante de juntada de documento

Processo

Número do processo:	3000133-77.2022.8.06.0098
Órgão julgador:	Vara Única da Comarca de Irauçuba
Jurisdição:	Comarca de Irauçuba
Classe:	PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL
Assunto principal:	DIREITO CIVIL (899) / Responsabilidade Civil (10431) / DPVAT (14694
Valor da causa:	13.500,00
Medida de urgência:	Não

Partes

AUTOR

REU

- ANA CLAUDIA RODRIGUES LAVOR (ADVOGADO)
- DANILO TEIXEIRA MOTA registrado(a) civilmente como
DANILO TEIXEIRA MOTA (AUTOR)

- SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO
SEGURO DPVAT S.A. (REU)

Outros interessados

Não existem outros interessados vinculados.

Assuntos

- DIREITO CIVIL (899) / Responsabilidade Civil (10431) / Indenização por Dano Moral (10433)
- DIREITO CIVIL (899) / Responsabilidade Civil (10431) / Indenização por Dano Moral (10433) / Acidente de Trânsito (10435)
- DIREITO CIVIL (899) / Responsabilidade Civil (10431) / DPVAT (14694)

Documentos Protocolados

Documento	Tipo	Tamanho (KB)
Contestação	Contestação	0.03
2882988_CONTESTACAO_01	Contestação	1360.65
SEGURADORA_LIDER_2018	Documento de Identificação	3836.24
2882988_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação	79.80
2882988_CONTESTACAO_Anexo_03_compressed	Documento de Comprovação	3866.26
SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018	Substabelecimento	186.88

Documento(s) juntado(s) por: RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO em 15/05/2023 17:38

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180447661

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DANILO TEIXEIRA MOTA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

Número do Sinistro: 3180447661

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF: 047.291.163-56

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO TEIXEIRA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8555937

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA
Data Acidente: 11/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2016

Carta nº: 8765329

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA
Data Acidente: 11/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta nº: 8913987

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412 ASL-0070906/16
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA
Data Acidente: 11/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2016

Carta nº 9738595

a/c: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412 ASL-0070906/16
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA
Data Acidente: 11/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10456359

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170067186 ASL-0043007/17

Vítima: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Data Acidente: 11/01/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IRAN TEIXEIRA MATOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

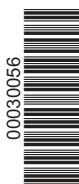
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO TEIXEIRA MOTA**

Nº Sinistro: **3180447661**

Vitima: **DANILO TEIXEIRA MOTA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180447661**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13454253



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO TEIXEIRA MOTA**
Nº Sinistro: **3180447661**
Vitima: **DANILO TEIXEIRA MOTA**
Data do Acidente: **22/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180447661**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13454279



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180447661

Vítima: **DANILO TEIXEIRA MOTA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANILO TEIXEIRA MOTA

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13604735



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180447661

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANILO TEIXEIRA MOTA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 08 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180447661

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DANILO TEIXEIRA MOTA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de ~~propriedade~~ 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.

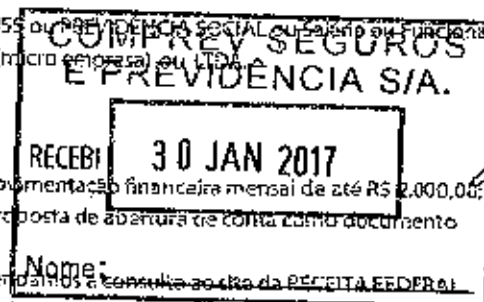
EU, FRANCISCO SILVANO DUTRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2001098028862 EXPEDIDO POR SSP. RJ EM 14/06/12 ECPF 021582953-09 (CNPJ) (100111-1) PROFISSÃO ---

E RENDA MENSAL DE R\$ --- (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO SILVANO DUTRA 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 da 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 aparecem 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 POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se 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 pessoais ou de terceiros.



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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26464-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (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.

Lugar e data 04 de 02

LOCAL E DATA

de 16 Francisco Silvano Dutra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 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\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.345/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 10070906/16

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, FRANCISCO SILVANO DUTRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2001098028862 EXPEDIDO POR SSP EM 14/06/12

CPF 02415829531-09 (CNPJ), PROFISSÃO ---

E RENDA MENSAL DE R\$ --- (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO SILVANO DUTRA 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 folha 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- 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 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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

ASL-0070906/16

30/07/2015

RECEITA FEDERAL

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26464-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, 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.

ASL-0070906/16

ASL-0070906/16

alexandre.queiroz

alexandre.queiroz

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 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 11.9-5/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

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

CÓPIA

CAIXA LOTERIA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após
344-576647333-4

09/DEZ/2016 HORA DE 16:10:37

LOT. 5.012453-6 TERM 014320

LOCALIDADE: TRACINDA

AG. VINCULADA: 3812 CONTROLE: 34410035

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PÓUP CAIXA FACIL

NOME: FRANCISCO SILVANO DUTRA

AGÊNCIA: 3812

OPERAÇÃO: 013

CÓDIGO-DV: 0015143-7

DATA DE ABERTURA: 09/12/2016

LOTÉRIAS CAIXA

344-576647333-4

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA

CAIXA

1ª VÍTA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome: _____

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

CADEN ECONÔMICA FEDERAL
SAC 0800 726 0101
DUNIDORIA 0800 726 7474
014-521218912-4
14/JAN/2016

LOT: 05.12453-6
LOCALIDADE: ITAUCUBA
AG. VINCULADA: 3812
TERM: 012933
CONTROLE: 856261988

DEPÓSITO EM DINHEIRO
3812 001/00026464-5
FRANCISCO SILVANO DUTRA
VALOR 5.000,00
ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO
014-521218912-4

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
17 FEV 2016
006/35

CÓPIA



Adm-Informática do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

047.291.163-56

Nome completo da vítima

DANILO TEIXEIRA MOTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DANILO TEIXEIRA MOTA		CPF titular da conta 047.291.163-56		Profissão RECURSO
Endereço FAZENDA LAGOA DAS PEDRAS		Número 29600	Complemento CASA	
Bairro CAMPINAS	Cidade IRACUUBA	Estado CEARA	CEP 62620-000	
Email			Telefone (DDD) (88) 9605-1704	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO Nome: _____ NRD: _____ AGENCIA NRD: _____ DV: _____ CONTA NRD: _____ DV: _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			

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

IRACUUBA-CE de SETEMBRO de 2018

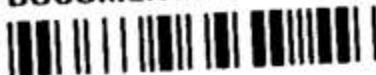
Local e Data

Daniilo Teixeira Mota

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANCISCO SILVANO DUTRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2001098028862 EXPEDIDO POR SSP. ee EM 14/06/12 ECPF 021582953-09 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO —E RENDA MENSAL DE R\$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO SILVANO DUTRA 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;
- 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 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.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

12062016

RECEITA FEDERAL

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26464-5

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.

14/02

hou. ee. 04 de 02

LOCAL E DATA

de 16 Francisco Silvano Dutra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

014-521218912-4

14/JAN/2016

HORA OF 10:23:52

LOT: 05.12453-6
LOCALIDADE: IRAUCUBA
AG. VINCULADA: 3812

TERM: 012933
CONTROLE: 866261908

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3812 001 00026464-5

FRANCISCO SILVANO DUTRA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

014-521218912-4

VIA DO CLIENTE

17/02

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 17 FEV 2016

13

NOME



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
UNIDADE POLICIAL DE IRAUCUBA
Rua - Pedro Domingues, 254 - Centro - Fone (85) 3330-1291.



BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 028/2016

Data/Hora de Registro: 14/01/2016 - 14h11min

Fone:

Noticiante: FRANCISCO SILVANO DUTRA. Masc: 04/09/1979.

Filiação: MANOEL OTAVIO DUTRA E MARIA CELSA DUTRA.

Residência: Rua Antonio Ivo dos Santos, 117, Bairro Esperança, Iracuba/CE.

CPF:

RG: 2004099020862. SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLO.

Dia, local e hora da Ocorrência: 11/01/2016, por volta das 11h55min, fato ocorrido no bairro da Esperança, próximo ao cemitério, Iracuba/CE.

HISTÓRICO: A pessoa supracitada informa que no dia hora e local acima citado, estava trafegando de trabalho para sua residência, guiando a MOTOCICLO, HONDA/CG, 125, FAM. ANO E MOD. 2007, DE COR PRETA, CHASSI. 9C2JC30707R082393, DE PLACA, HYT. 6181. Em nome do noticiante; Que trafegava normalmente, momento em que perdeu o controle do veículo nas proximidades do cemitério, vindo a tombar; Que em consequência do acidente FRANCISCO SILVANO, sofreu escorções luxações no tornozelo esquerdo; Que fora socorrido na ambulância para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral. E, nada mais disse dando, por encerrada a referida ocorrência. ~~~~~

☐ Delegado☒ Cartório☐ Investigação☐ Arquivo

Escrever: aut. rec.

Resp. Reg.

Francisco Silvano Dutra
Autodante:

Alcides Soares
POLÍCIA CIVIL

Comunicação falsa de crime ou de contravenção a Crime. Art. 307 do CP. Pena - detenção de 1 (um) a 3 (três) meses, ou multa.
Autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção de 1 (um) a 3 (três) meses, ou multa

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

3160092412

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
UNIDADE DE POLÍCIA DE IRAUCUBAASL-0070906/16
alexandre.queirozASL-0070906/16
alexandre.queiroz

30/01/2017 11:48:31

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
UNIDADE DE POLÍCIA DE IRAUCUBA
Rua Pedro Domingues, 354 - Centro - Fone (85) 3835-1291

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 028/2016

COMPREV/SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

Data/Hora de Registro: 14/01/2016 - 14h10min

Fone:

RECEB O 5 FEV 2016

Noticiante: FRANCISCO SILVANO DUTRA, Nasc: 04/09/1979.

Filiação: MANOEL OTAVIO DUTRA E MARIA CELSA DUTRA.

Nome: 1

Residência: Rua Antonio Ivo dos Santos, 117, Bairro Esperança, Iraucuba/CE.

CPF:

RG: 2001098028862. SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLO.

Dia, local e hora da Ocorrência: 11/01/2016, por volta das 11h55min, fato ocorrido no bairro da Esperança, próximo ao cemitério, Iraucuba/CE.

HISTÓRICO: A pessoa supracitada informa que no dia, hora e local acima citado, estava trafegando de trabalho para sua residência, quando a MOTOCICLO HONDA CG 125, FANTASMA E MOD. 2007, DE COR PRETA, CHASSI 9C2JC30707R082393, DE PLACA HYT. 6181. Em nome do noticiante, que trafegava normalmente, momento em que perdeu o controle do veículo, nas proximidades do cemitério, vindo a tombar; Que em consequência do acidente FRANCISCO SILVANO, sofreu escoriações luxações no tornozelo esquerdo; Que fora socorrido na ambulância para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral. E, nada mais disse dando por encerrada a referida ocorrência. //

() Delegado

(X) Cartório

() Investigação

() Arquivo

Escritório: ad.Hoc.

Resp. Reg. 18.31

Assinatura: Alexandre Queiroz

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz

30/01/2017 11:48:31

CÓPIA

30/01/2017 11:48:31

3160092412

DOCUMENTO 1 "T1%"



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
UNIDADE POLICIAL DE IRAUCUBA
Rua - Pedro Domingues, 554 - Centro - Fone (88)3835-1291.



BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 028/2016

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

Data/Hora de Registro: 14/01/2016 - 14h10min

Fone:

RECEB O 5 FEV 2016

Noticiante: FRANCISCO SILVANO DUTRA. Nasc: 04/09/1979.

Filiação: MANOEL OTAVIO DUTRA E MARIA CELSA DUTRA.

Nome: A

Residência: Rua Antonio Ivo dos Santos, 117, bairro Esperança. Irauçuba/CE.

CPF:

RG:2001098028862. SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLO.

Dia, local e hora da Ocorrência: 11/01/2016, por volta das 11h55min, fato ocorrido no birro da Esperança, próximo ao cemitério. Irauçuba/CE.

HISTORICO: A pessoa supracitada informa que no dia hora e local acima citado, estava trafegando de trabalho para sua residência, guiando a MOTOCICLO. HONDA/CG. 125. FAN. ANO E MOD. 2007. DE COR PRETA. CHASSI. 9C2JC30707R082393. DE PLACA. HYT. 6181. Em nome do noticiante; Que trafegava normalmente, momento em que perdeu o controle do veículo nas proximidades do cemitério, vindo a tombar; Que em consequência do acidente FRANCISCO SILVANO, sofreu escoriações luxações no tornozelo esquerdo; Que fora socorrido na ambulância para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral. E, nada mais disse dando, por encerrada a referida ocorrência. //

☐ Delegado☒ Cartório☐ Investigação☐ Arquivo

Escrivão: ad.Hoc.

Resp. Reg.:

Francisco Silvano Dutra
Assinatura

Autoridade:

Carlos Soares
Assinatura
POLÍCIA CIVIL

Comunicação falsa de crime ou de contravenção é Crime. Art. 312 do CP. A ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção, que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

ANU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 1336 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO** Boletim de ocorrência
Data / Hora da Comunicação: 05/09/2018 09:33:32
Data / Hora da Ocorrência: 22/07/2018 04:00:00
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROÇAVEL ENTRADA DO JUA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **IRAUCUBA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANILO TEIXEIRA MOTA**
Nascimento: **01/01/1989** CPF: **047.291.163-66**
RG: **2008010083324** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO SOUSA TEIXEIRA**
CICERO MESQUITA MOTA
Endereço: **VILA FAZEND ALAGOA DAS PEDRA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **IRAUCUBA/CE** CPF:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POL7672 UN. CE** Município: **IRAUCUBA** Chassi:
9C2K02200JR131511 Renavam: **1144704879** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN** Ano Fabricação:
2017 Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor:
VERMELHA Proprietário: **CICERO MESQUITA MOTA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇOS ACIMA MENCIONADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRA QUALIFICADA, QUANDO AO PASSAR POR DENTRO DE UM BURACO, PERDEU O CONTROLE D MOTOCICLETA, VINDO CAIR AO SOLO; QUE O NOTICIANTE LEVANTOU E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL LOCAL EM IRAUCUBA E EM SEGUNDA TRANSFERIDO PARA SANTA CASA EM SOBRAL; QUE SOFREU FRATURA NO OSSO NASAL, FRATURA NO MAXILAR E ESCORIAÇÕES PELO O CORPO.

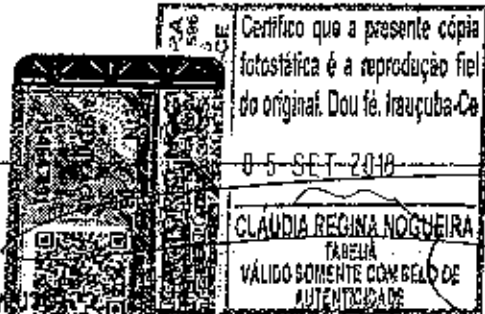
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura de Danilo Teixeira Mota]*

VISTO DO DELEGADADO: *[Assinatura]*

ROGERIA NEUSA DE SOUSA ESCOSSIO - MAT: 30128644-9



DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

Pág. 1 de 1

Processo: 10083324-18-11

Processo Administrativo nº 10083324-18-11

10083324-18-11 20-SET-2018 14:29 568720 141

8

Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 2 *T2%*

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRAPortador da carteira de identidade nº 2001098028862, e inscrito no CPF/MF sob o nº 021.582.953-09Reside e domicilia na Rua: ANTONIO IVO DOS SANTOS
Número: 117 Bairro: ESPERANÇA Cidade: IRACUBA Estado: CE

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML localizado 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 Obrigatório 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 Obrigatório DPVAT para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise de 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 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LOCAL Moaçu DATA 04/02/16

X Francisco Silvano Dutra

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	30 JAN 2017
Nome: _____	

Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRA

Portador da carteira de identidade nº 2004098028862 e inscrito no CPF/MF sob o nº 021.582.953-09

Reside e domicilia na Rua: ANTONIO IVÓ DOS SANTOS
Número: 117 Bairro: ESPERANÇA Cidade: IRACUJUBA Estado: CE

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML localizado 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 Obrigatório 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 Obrigatório DPVAT para a cobertura de invalidez permanente causa 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 não submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão do grau da lesão, ou lesões, para os fins 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LOCAL

IRACUJUBA

DATA

30/01/2017

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A

MECER 05 FEV 2016

Nome

2

alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32

CÓPIA



Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 2 *T2%*

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRAPortador da carteira de identidade nº 2001098028862, e inscrito no CPF/MF sob o nº:021.582.953-09Reside e domicilia na Rua: ANTONIO IVO DOS SANTOSNúmero: 117Bairro: ESPERANÇACidade: IRAUÇUBAEstado: CE

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que residio não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que residio 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 Obrigatório 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 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LOCAL

mae - ce

DATA

04 / 02COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

RECEB 05 FEV 2016

/ 16

2

Nome:

* Francisco Silvano Dutra

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

DANILLO TEIXEIRA MOTA

CPF da Vítima

047.291.163-56

Data do Acidente

25/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

TRAUCUBA-CE, ____ de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

DANILLO TELXEIRA MOTA

CPF da Vítima

047.293.163-56

Data do Acidente

22/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

IRACUBA-CE, 10 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Danilo Teixeira Mota

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ATO DECLARATÓRIO

4:00h



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

UNIDADE
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. PEDRO DE CASTRO MARINHO



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIA / MÊS / ANO

2	2	0	7	1	8
---	---	---	---	---	---

REG

--	--	--

NOME DO PACIENTE

Daniela Teixeira Costa

IDADE

29

SEXO

M

DATA DE NASCIMENTO

01/01/89

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

Mãe do Saboro Sousa Teixeira

ENDEREÇO

Rua do Saboro Sousa Teixeira

BAIRRO

MUNICÍPIO

Manaus

PRÉ-CONSULTA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma em face, com fratura de osso nasal, sangramento nasal. Hematoma periorbital. Sem trauma aparente em outros regiões. Não observe otorrhea.

ECG 15.

Nega outras queixas.

Declaração de Inexistência de TML



cd = encaminhado para hospital de referência.

Fogo ortopédico EV.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T (EXAMES COMPLEMENTARES)

fratura exposta de osso nasal. + TC de face.

DESTINO

RESIDÊNCIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

AMB. RETORNO

☐

RECUSOU INTER.

☐

LEITO OBSER.

☐

REFERÊNCIA

☐

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Eliayla Cruz
Médica
CRM 12.347

ASSINATURA DO MÉDICO



Ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

1. Preencher esta ficha em 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-se para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem:

João R. Mota

ADS:

Município: Irauçuba

Nome:	Francisco Silvano Dutra	Prontuário Nº:	
Sexo:	M ☒ F ☐	Data de Nascimento:	04/09/59
Endereço:	Av. São Santos	Bairros:	Esperança

Motivo do Encaminhamento:	Paciente vítima de queda de moto, apresentando dor intensa
Resultados de Exames:	e Edema tornozelo Esquerdo. Debito Rx - tornozelo "E" urgente.
Conduta já Realizada:	
Impressão Diagnóstica:	Enforce de Esquerdo.
Assinatura do Encaminhado - Nº. Registro	11.03.16
Assinatura do Encaminhado - Função	11.55

Proposta de Conduta Para Seguimento:	
O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐	
O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐	
Assinatura do Consultante - Nº. Registro	
Assinatura do Consultante - Função	
Assinatura do Consultante - Data	

RECEB U 5 FEV 2016

3

Nome:

ATO DECLARATÓRIO

4:00h



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

UNIDADE _____
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. PEDRO DE CASTRO MARINHO



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIA / MÊS / ANO

2	2	0	7	1	8
---	---	---	---	---	---

REG

--	--	--

NOME DO PACIENTE

Daniela Teixeira Costa

IDADE

29

SEXO

M

DATA DE NASCIMENTO

01/01/89

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

Mãe do Saborro Lourenço Teixeira

ENDEREÇO

Rua do Saborro Lourenço Teixeira

BAIRRO

MUNICÍPIO

Itamaracá

PRÉ-CONSULTA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma em face, com fratura de osso nasal, sangramento nasal. Hematoma periorbital. Sem trauma aparente em outros regiões. Não observe otorrhea.

ECG 15.

Nega outras queixas.

Declaração de Inexistência de TML



cd = encaminhado para hospital de referência.

Fogo ortopédico EV.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T (EXAMES COMPLEMENTARES)

fratura exposta de osso nasal. + TC de face.

DESTINO

RESIDÊNCIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

AMB. RETORNO

☐

RECUSOU INTER.

☐

LEITO OBSER.

☐

REFERÊNCIA

☐

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Eliayla Cruz
Médica
CRM 12.347

ASSINATURA DO MÉDICO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRA

RG nº 2001098028862

Data de expedição 14 / 06 / 2012, Órgão ESP. ec.

CPF nº 021.582.953-09

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:

DOCUMENTO 2 "T26"



Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	ANTONIO IVO DOS SANTOS
Número	117
Apto / Complemento	200A
Bairro	ESPERANÇA
Cidade	IRAUCUBA
Estado	CE
CEP	62820000
Telefone de Contato	(085) 9.9202.4141 / 9.9906.1911
E-mail	— / —

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEBI **30 JAN 2017**

Nome: _____

Por ser verdade, firmo-me. Local e Data: Irara, ce 04/02/16

Assinatura do Declarante: X FRANCISCO SILVANO DUTRA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0070906/16

alexandre.queiroz

ASL-0070906/16

alexandre.queiroz

30/01/2017

Data de expedição: 14/06/2016 RG nº 2804098028862

CPF nº 1021582953-09

Orgão: 2804098028862

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:

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:56:37

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	ANTONIO IVÓ DOS SANTOS
Número	117
Apto/Complemento	lata
Bairro	ESPERANCA
Cidade	TERAUCUBA
Estado	CE
CEP	62620000
Telefone de Contato	(85)-9.9906.4141 / 9.9906.1911
E-mail	alexandre.queiroz@terra.com.br

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECIBO 05 FEV 2016

14

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:56:37

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:56:37

Por ser verdade, firmo-me. Local e Data:

Assinatura do Declarante: Alexandre Dutra

CÓPIA

6726056-0
Para obter seu atendimento, utilize o nº acima
acompanhado com o cartão de crédito.

Fora da rede de distribuição de energia elétrica
Foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60035-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | OGF 06.005.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 453184311
Nota: 05 34030 02 090300 - 7 Data de Emissão: 10/11/2016
Nome: MARIA LIDIANE CRUZ CAVALCANTE
End. Postal: RU - ANTONIO IVÓ DOS SANTOS - 63000
ESPERANÇA - IRAUCUBA - 62620000
Medidor: 5318453 Poste: 0000 0000
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO Fator de Potência: 0,00
RG / CPF / CNPJ: 011987853-35 CGF:

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Letra	Volts e frequência no período desta conta	Contante	Índice
Nov/2016	10/11/2016	12/12/2016		Índice	15,25
ÍNDICE			Índice de Qualidade do Fornecedor		
Base de Cálculo (kWh)	Alíquota	Valor do Imposto	Índice	Índice	Índice
44,43	27,00%	11,99	Índice	Índice	Índice

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
8304.2210.5402.7997.557E.4769.627F.87F6

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Int.	Const. Ext.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4526	4464	1,00	62	0,00	62	0,71671	44,43

10/11/16 11/10/16 30 dias 62 44,43

VALOR CONSUMO DO MES 44,43
QUOTA PARCELAMENTO 2/6 26,97
MULTA MORATORIA REF 10/2016 1,03
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,15
ADICIONAL BANDEIRA ANARELA MES (R\$ 0,45)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 30 JAN 2017

AVENÇAMENTO 10/11/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$) 81,58**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,24	61	62	72	68	155	0	0	0	66	36	66	77	83
Transmissão	0,48													
Distribuição	0,78													
Encargos Setoriais	3,37													
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	14,64													
TOTAL	44,43													

CONSUMO CONSCIENTE E EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo (kWh)	Emissões (kg CO ₂)	Consumo (kWh)	Emissões (kg CO ₂)
26,80	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, a notificação de suspensão do fornecimento de energia elétrica (Prezado Cliente, constata) em nossos controles contábeis em atraso. Devido a falta de pagamento do Débito, o recuo referente da dívida indica a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/16, Art. 172 c/c 173. Para obter o aviso das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CANTORIO DE PROTESTO. Caso não tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Conta desta fatura R\$ 2,65 referente a PIS e COFINS.
Anexo: 9 PIS - 100/2005 - ANEEL e Anexo n. 10, 627/02 e 10, 633/02

bandeira para o mês de novembro e anarela, com custo de R\$ 1,50 e cada 100 kWh (quilowatt-hora) consumidos. Mais informações em WWW.ANEEL.GOV.BR

Nº do Cliente: 6726056-0 Referência: Nov/2016
Data de Emissão: 10/11/2016 Total a Pagar (R\$): 81,58
Nº da Nota Fiscal: 453184311 Nº do Contrato: 0006220856 00010 39102 10
83840000000-6 81580031000-3 00067260560-0 0019391956-2



DOCUMENTO 1 *T196*


SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO

CNPJ: 07.544.786/0001-57

Insc. Est.: ISENTO

0001789.5

PAR 100 R-1

001

01709/98

160089677

15/09/2016

SET/2016

 JOSÉ IRAN TELCEIRA MATOS
 RUA TAB. CLOVES S. FIRMEZA, 62
 ESSENERO GOMES
 ITAPAJÉ

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

Cep: 62.600-000
CEARA

00.00.02.0000013020

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA

 HIDROMETRO: A10420182
 DATA INSTALAÇÃO: 15/07/2015
 LECTURA ANTERIOR: 00107
 DATA LECTURA: 08/08/2016
 LECTURA ATUAL: 00451
 DATA LECTURA: 07/08/2016
 CONTADOR: 00034
 DIAS DE CONSUMO:
 Ocorrência: LECTURISTA

SERVICOS E TARIFAS

COO.	DESCRIÇÃO	CT	PREST.	VALOR
001	TARIFA DE AGUA			204,11
005	FELIGACAO - 24/08/2016			10,23
009	2ª VIA de JUN/2016 em 23/08/16			3,80
016	Multa por Atraso - 06/2016			3,33

ULTIMOS CONSUMOS

PERÍODO	CONSUMO	DATA	CONSUMO	DATA
MAI/16	00039	000	JUN/16	00042
JUN/16	00043	000	JUL/16	00044
AGO/16	00035	000	AUG/16	00031

PARAMETROS DA AGUA DISTRIBUIDA

Parâmetro	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Ram	Os Res
Reservatório						
Posto	#91281	50±0,5	#0,0	#4,0	#1,0	#1,0
Consumo						

BAIXE: 3346 0188

MÚLTIPLA 24 4,59 ENCARGOS CÂMBIO 22 0,01

AGRADEÇA SUA PORTUALIDADE

VENCIMENTO
CONSUMIDOR

10/10/2016

VALOR R\$

229,47

 COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRARG nº 2001098028862Data de expedição 14 / 06 / 2012, Órgão SP. CECPF nº 021.582.953-09, 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)	ANTONIO IVO DOS SANTOS
Número	117
Apto / Complemento	lata
Bairro	ESPERANÇA
Cidade	IRAUCUBA
Estado	CE
CEP	62620000
Telefone de Contato	(085) 9.9202.4141 / 9.9906.1911
E-mail	— / —

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB O 5 FEV 2015

Nome

14

Por ser verdade, firmo-me. Local e Data: Man. ce 04/02/16Assinatura do Declarante: X Francisco Silvano Dutra



Cagece
Companhia
de Água e Esgoto
de Curitiba

Av. Lúcio Vieira Chaves, 1033 - Vila União CP 1154 - Curitiba - PR - CEP: 80.420-220
CNPJ: 07.600.000/0001-97 | C.E.S.: 0800.0333-11
Atendimento ao Cliente: 0800.275.0195 | E-mail: atendimento@ Cagece.pr.gov.br

Fatura Avulsa

INSCRIÇÃO/CLIENTE

2996801-1

DADOS DO CLIENTE

Nome:
FRANCISCO SILVANO DUTRA

CPF/CNPJ do Cliente:
021.582.953-09

Endereço:
RU ANTONIO IVO DOS SANTOS, 117, FNS. DA ESPERANCA

Cidade:
IRAUCUBA

Cep:
62.620-000

Data Leitura: Leitura Atual:

Leitura Anterior:

Endereço de Entrega da Fatura:

CODIFICAÇÃO

035.001.00.130.00.0170.0000.0

MÊS/ANO

10/2013

EMISSÃO

14/01/2016

SEGUNDARIA

RESIDENCIAL 001 COMERCIAL 000 INDUSTRIAL 000 PÚBLICA 000

HISTÓRICO DE VENCIMENTOS

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
OUT/2013	1.0	0.0

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO	PARCELAS	VALOR (R\$)
MULTA DE 2%		0,48
JUROS DE 0,033% AO DIA		23,91

VENCIMENTO

14/01/2016

VALOR TOTAL (R\$)

24,39

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE

Cliente

Assinatura representante



Cagece
Companhia
de Água e Esgoto
de Curitiba

Av. Lúcio Vieira Chaves, 1033 - Vila União CP 1154 - Curitiba - PR - CEP: 80.420-220
CNPJ: 07.600.000/0001-97 | C.E.S.: 0800.0333-11
Atendimento ao Cliente: 0800.275.0195 | E-mail: atendimento@ Cagece.pr.gov.br

Fatura Avulsa

INSCRIÇÃO/CLIENTE

2996801-1

DADOS DO CLIENTE

Nome:
FRANCISCO SILVANO DUTRA

CPF/CNPJ do Cliente:
021.582.953-09

Endereço:
RU ANTONIO IVO DOS SANTOS, 117, FNS. DA ESPERANCA

Cidade:
IRAUCUBA

Cep:
62.620-000

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE

CODIFICAÇÃO

035.001.00.130.00.0170.0000.0

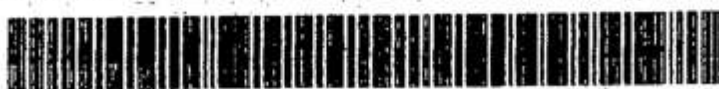
VENCIMENTO

14/01/2016

CCMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECEB O 5 FEV 2016

82620000000-6 24390009000-8 02996801101-4 01003633025-5



Nome:

15

531918019

Data de Emissão 05/07/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Conjuntos	Mês: Maio 2018						Dias: 24/28		
	Fechado			Aberto			Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
OIC	10.44	26.80	41.75	0.07	0.08	0.03			
FCI	7.52	15.04	30.09	0.08	0.08	0.03			
DMIC	5.58			0.00					

CONCLUSION

Coma. (incl. C. Coma. Pas.	Tarifa (P. P. W. H.)	Vol. (gr. P. P.)
0.00	145	60.76
0.00	145	60.76

(R\$ 7,69)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)												
142												
145												
141												
150												
145												
148												
143												
143												
169												
151												
116												
164												
89												
MED Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Out Set Ago 89												

2006年11月

22

Control/Enrich Ecological (%CO₂)

Figure 1

replicates, and the mean of the replicates was used as the estimate of the true value. The mean of the replicates was used as the estimate of the true value.

Consta desta fatura R\$ 3,53 ref. ante a FIC e CDF/MS. Alíquotas: PIS:0,51% e CDF/MS:2,38%

FRUIT. 9 Red. 188 2035 - PADEL + 1415 n. 10.637 02 + 10.633-83)

1
2
3

Referência: Jul/2018
Total a Pagar (R\$): 55,23
Nº de Controle: 0002086840 00221 39662 20

[illegible]

**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 JOSÉ IRAN TEIXEIRA MATOS, portador(a) do

RG nº 277233987, expedido por SÃO PAULO, em

03/02/99 CPF/CNPJ nº 135.813-668-86

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) FRANCISCO SILVANO DUTRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima FRANCISCO SILVANO DUTRA e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusar Renda Mensal: R\$ Recusar

Documentos comprobatórios: Recusar

JOSÉ IRAN TEIXEIRA MATOS
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

	Reconheço por ☐ semelhança ☒ autenticidade
	a(s) firma(s) <u>JOSÉ IRAN TEIXEIRA MATOS</u>
	Data de lavagem de <u>19 DEZ 2016</u>
	☐ BELA CLAUDIA REGINA NOGUEIRA - TITULAR ☐ PEDRO RODRIGUES LIMA - SUBSTITUTO ☒ RAIMUNDO SANTANA LIMA - ESCRIVENTE

FONE/FAX: (84) 3636.1136
 VALDO SOUZA COM SELO DE AUTENTICIDADE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	30 JAN 2017
Nome: _____	





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERO MESQUITA MOTA,
 RG nº 1935132-90, data de expedição 20/10/2010
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 15320732230, com
 domicílio na cidade de IRAUCUBA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
FAZENDA LAGOA DAS PEDRAS, nº 2760
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima DANILO TEIXEIRA MOTA, cujo o condutor era
DANILO TEIXEIRA MOTA.

Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA CG 180 FAN
 Ano: 2017/2018
 Placa: POL 9671
 Chassi: 9C2KCC2200TR131511
 Data do Acidente: 22/07/2018
 Local e Data: IRAUCUBA - CE 03/09/2018

CARTÓRIO
NOGUEIRA

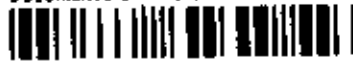
Cicero Mesquita Mota
 Assinatura do Declarante

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



	Reconheço por
	☒ autenticidade ☐ semelhança
	a(s) firma(s) <u>CICERO MESQUITA MOTA</u>
	<u>IRAUCUBA</u>
02	05/SET. 2018
CARTÓRIO NOGUEIRA	CLÁUDIA REGINA NOGUEIRA
VEN. ACIDENTE: 03/09/2018	TITULAR

Raimundo Santana Lima
 SUBSTITUTO



FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome: _____

RELATÓRIO MÉDICO

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

Francisco Silvano OLIVEIRA

vítima de acidente de trânsito, em 11/01/2016, sofreu:

maus tratos no tornozelo e
entorse com fratura
C17 - 593.4 590.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Imobilização do membro
medicação
fio tensoencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Dois defeitos na
articulação do tornozelo
permanente

função normal

Inutilidade de 100% da articulação

nos movimentos de flexão e extensão

propriedades funcionais

da articulação do tornozelo

Fili 16

 Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
 CREMEC 4411

PSF SEDE I - ESPERANÇA


**PREFEITURA MUNICIPAL
DE IRAUÇUBA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO
ATESTO que o Segurado *Francisco Edvardo Daltro*

Portador da Carteira Profissional nº.

Série *2800603* necessita de *05 (cinco)*

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID - M76.8

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE IRAUÇUBA

Hospital ou Ambulatório

Irauçuba 11-01-16

Localidade e data

[Signature]
Ass. Do Médico
HOSP. MISTA DE IRAUÇUBA
RUA: 2300603
CPF: 062.744.901-88

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R G P S, Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEBI

30 JAN 2017

Nome: _____

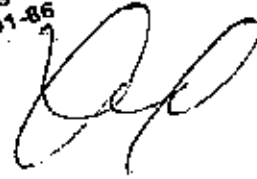
Plano 51/59 120

- Amoxicilina 2/
rep 12/12 hrs.

- Abu profeno (Cecid) 15
rep 8/8 hrs.

11/1/16

Irosalms Lopez Yaque
Médica
RMS: 2300603
CPF: 067.744.901-86



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	30 JAN 2017
Nome: _____	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

P/ Francisco Soares Dantas

no outo

01/01/17

Prescrição de up 10 de 12162, 254

Dr. Rauli Carlos Medeiros
Médico
CREMEC 14314

11/01/17

cód. 1783

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

1. Preencher esta ficha em 3 vias - 2. Ao terminar o consulto ou tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-se para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem:

José R. Mota

ADS:

Município:

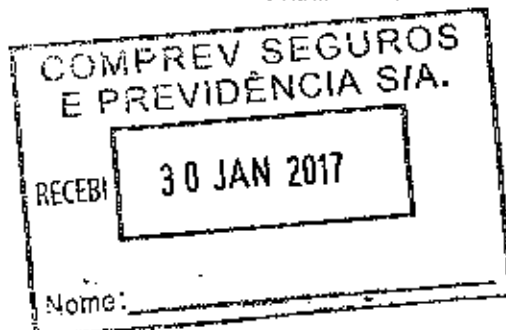
Irauçuba

Nome:	Franciano Gekiano Daltro	Prontuário Nº:	
Sexo:	M ☒ F ☐	Data de Nascimento:	04/09/59
Ocupação:			
Endereço:	R. João Santos Bairro: Esperança		

Motivo do Encaminhamento:	Paciente vítima de queda de moto. Apresentando dor intensa		
Resultados de Exames:	e Edema tornozelo Esquerdo. Solicito Rx - Tornozelo "E" urgente.		
Conduta já Realizada:			
Impressão Diagnóstica:	Entorse de Esquerdo		
Assinatura do Encaminhado:	Registro	Função	
	11.03.16	11:55	
	Data	Hora	

Proposta de Conduta Para Seguimento:			
O Problema Justificou Referência?	Sim ☐	Não ☐	
O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico?	Sim ☐	Não ☐	
Assinatura do Consultante - Nº. Registro	Função		
		Data	

Global Gráfica (R&B) 3213, 1377



Ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

1. Presenciar este Ato em 3 vias - 2. Ao receber a consulta ou
exame, entregar as 2 vias ao paciente, orientando-o para
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem: João R. Mota

ADS: _____

Município: Irauçuba

Nome: <u>Marciano Gelbano Dutra</u>	Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: <u>04/03/58</u>	Residência: _____
Endereço: <u>Rua São João</u>	Bairro: <u>Esperança</u>

Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente vítima de queda</u>
<u>de moto apresentando dor intensa</u>
Resultados de Exames: <u>e Exame Torax Esquerdo</u>
<u>debuta Rx - Torax "E" urgente.</u>
Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: <u>Enforce PE Esquerdo</u>
Assinatura do Engenheiro: _____ Registro: _____ Função: _____
<u>11.03.16</u> Data: _____ Hora: <u>11:55</u>

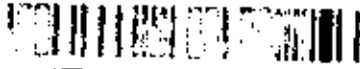
Proposta de Conduta Para Seguimento: _____
O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐
O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Assinatura do Consultante - Nº. Registro: _____ Função: _____

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEBI

30 JAN 2017

Nome: _____



ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

1. Apresentar com foto em 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou
2. Encerrar a consulta, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-o para
3. Retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem:

ADS:

Nome: <u>Francisco Gélson Dutra</u>	Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: <u>04/09/29</u>	Profissão: _____
Endereço: <u>Av. São Carlos, Bairro Esperança</u>	

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente com queixa de dor intensa e edema torácico há 6 dias</u>	
Resultados de Exames: <u>Depto Rx - torácico e urgente</u>	
Conduta já Realizada: _____	
Impressão Diagnóstica: <u>Enfermeira PE Esquerda</u>	
Assinatura do Encaminhado: <u>[Assinatura]</u> Registro: <u>000196</u>	Função: _____

Proposta de Conduta Para Seguimento: _____	RECEB U 5 FEV 2016
O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐	3
O Motivo da Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐	Notas: _____

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

CÓPIA

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

1. Preencher esta ficha com 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou
tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-o para
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Originária: Unidade de Saúde Município: Irauçuba
ADS: 30/01/2017 11:50:32

Nome:	<u>Francisco Gellano Daltro</u>		Prontuário Nº:	
Sexo:	☒ M ☐ F	Data de Nascimento:	<u>04/03/79</u>	
Endereço:	<u>Av. João Evangelista, Bairro Esperança</u>			

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

Motivo do Encaminhamento:	<u>Paciente U. de Saúde</u>		
Resultados de Exames:	<u>Edema tornozelo esquerdo</u>		
Conduta já Realizada:	<u>Debito Rx - tornozelo e urgente</u>		
Impressão Diagnóstica:	<u>Enforce de Esquerdo</u>		

Assinatura do Encaminhante:	<u>[Assinatura]</u>	Registro:	<u>0906/16</u>	Função:	<u>U-53</u>
Assinatura do Consultante:	<u>[Assinatura]</u>	Registro:	<u>0906/16</u>	Função:	<u>U-53</u>

Proposta de Conduta Para Seguintes:	<u>U-53</u>
-------------------------------------	-------------

O Problema Justificou Referência?	Sim ☐ Não ☒
O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico?	Sim ☐ Não ☒

Assinatura do Consultante - Nº. Registro	<u>0906/16</u>
--	----------------

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/IA
DATA: 05.FEV.2016
Nota: <u>4</u>

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

CÓPIA

[illegible]

CÓPIA

CÓPIA

FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DATA: 11.11.16

I - IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO:	IRACUCUBA	BAIRRO:	ESPERANÇA	DISTRITO SANITÁRIO:	2102
UNIDADE DE SAÚDE:	VILA				
NOME DO USUÁRIO:	FRANCISCO GILVANO DUTRA				
SEXO:	M	DATA NASCIMENTO:	04.09.1979	ESTADO CIVIL:	3112
NATURALIDADE:	STANCA				
PROFISSÃO:	VIGILANTE				
PAT:	MARIA OLIVEIRA DUTRA				
MÃE:	MARIA CECILIA DUTRA				
ENDEREÇO:	RUA JOÃO DOS SANTOS				Nº PES. NO DOM:
RENDIMENTO FAMILIAR	☐ MENOS DE 1 SM ☒ 1-3 SM ☐ 3-6 SM ☐ MAIS DE 6 SM				

II - ANAMNESE

1 - ANTECEDENTES PESSOAIS	
☐ COQUELUCHE	☐ DIFTERIA
☐ RUBÉOLA	☐ SARAMPO
OUTROS:	☐ HANSENÍASE
	☐ TUBERCULOSE
	☐ POLIOMIELITE
2 - AGRAVOS DE RISCO	
☐ ALCOOLISMO	☐ ALERGIA
☐ D. MENTAL	☐ EPILEPSIA
☐ SIDA (AIDS)	☐ TABAGISMO
OUTROS:	☐ CARDIOPATIA
	☐ HEMOFILIA
	☐ DIABETES
	☐ HIPERTENSÃO
3 - ANTECEDENTES FAMILIARES	
☐ CÂNCER	☐ CARDIOPATIA
☐ HEMOFILIA	☐ HIPERTENSÃO
OUTROS:	☐ DIABETES
	☐ TUBERCULOSE
	☐ HANSENÍASE

III - VACINAÇÕES

TIPOS	A. PÓLO	TRÍPLICE	ATA SARAMPO	B.C.G.	A. TETÂNICA
DATA					

IV - ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DATA	DIREITO ESQUERDO 														
2º EXAME	DATA	DIREITO ESQUERDO 														
3º EXAME	DATA	DIREITO ESQUERDO 														

OBS.: EM AZUL, SERVIÇOS ENCONTRADOS; EM VERMELHO, OS SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS.

ASL-0070903/16
alex
30/01/2017

ASL-0070903/16
alex
30/01/2017 11:50:32



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Dr. João de Sá
Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (85) 3112-0400 - Fax: (85) 3613-1808
CNPJ: 07.616.313/0001-09 - CGF: 05.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

ASL-0070903/16
alex
30/01/2017

Dr. João de Sá
Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (85) 3112-0400 - Fax: (85) 3613-1808
CNPJ: 07.616.313/0001-09 - CGF: 05.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECIBO 05 FEB 2016
7

ASL-0070903/16
alex
30/01/2017 11:50:32

CÓPIA

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
11:50:32
RECIBO 05 FEB 2016
8
Nome: _____

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

11/1/16
João Carlos Copes, Yaques
Medica
RMS 2300603
CPF 067.744.901-85

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

CÓPIA

PSF SEDE I - ESPERANÇA

PREFEITURA MUNICIPAL
DE IRAUCUBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

Portador da Carteira Profissional nº

Série 2300603 necessita de 05 (cinco)

dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo de doença.

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE IRAUCUBA

Hospital ou Ambulatório

Iracuba - M. 0285

Localidade e data

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R.G.P.S. Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

05.FEV.2016

CÓPIA

ATO DECLARATÓRIO

4:00h



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

UNIDADE
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. PEDRO DE CASTRO MARINHO

SAÚDE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIA / MÊS / ANO

2	2	0	7	1	8
---	---	---	---	---	---

REG

--	--	--	--	--	--

NOME DO PACIENTE

Daniel Teodoro Costa

IDADE

29a

SEXO

M

DATA DE NASCIMENTO

01/01/89

PROFISSÃO

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

FILIAÇÃO

Mãe de Socorro Costa Teixeira

ENDEREÇO

BAIRRO

MUNICÍPIO

diogo baseia dos Patos

PRÉ-CONSULTA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma em face, com fratura de osso nasal, sangramento nasal. Hematoma periorbital. Sem trauma aparente em outros membros. Não observo alteração.

ECG 15

Nega outras queixas

Documentação médica - hospital



cd = encaminhado para hospital de referência.
Faz cateterismo EV.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T (EXAMES COMPLEMENTARES)

fratura exposta de osso nasal. + TC e Tave.

DESTINO

RESIDÊNCIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

AMB. RETORNO

☐

RECUSOU INTER.

☐

LEITO OBSER.

☐

REFERÊNCIA

☐

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--

[Signature]

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Dra. Elayda Cruz
Médica

ASSINATURA DO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUÇUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

1. Preencher esta ficha em 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-se para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem: João R. Mota

ADS: _____

Município: Irauçuba

Nome: <u>Francisco Silvano Dutra</u>	Prontuário N°: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: <u>04/09/59</u>	Ocupação: _____
Endereço: <u>Rua São Santos</u>	Bairro: <u>Esperança</u>

Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente vítima de queda de moto, apresentando dor intensa e edema tornozelo esquerdo.</u>
Resultados de Exames: <u>devido Rx - tornozelo "E" urgente.</u>
Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: <u>Entorse de Esquerdo.</u>
Assinatura do Encaminhado: <u>[Assinatura]</u> Registro: _____
Função: _____
Data: <u>11.01.16</u>
Hora: <u>11:55</u>

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐

O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° . Registro _____

Função _____

Data _____

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 05.FEV.2016

Nome: [Assinatura]



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Dr. Francisco Soares Dantas

150 surtos

Dr. Felipe Luiz

Surto de 10 de julho de 2015

Dr. André Carlos Medeiros
Médico
CREMEC 14.314

11.10.16

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 05 FEV 2016

Nome: 7

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

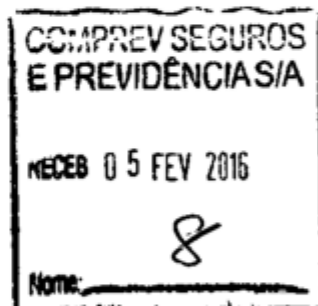
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

Plano 510920

- Amelax _____ 2/
cep 12/12 hrs.

- Ibuprofeno (600mg) _____ 15
cep 8/8 hrs.



11/1/16

Iroelma Lopez Yaque
Médica
RMS: 2300603
CPF: 067.744.901-86

PSF SEDE I - ESPERANÇA

**PREFEITURA MUNICIPAL
DE IRAUÇUBA****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****ATESTADO MÉDICO**ATESTO que o Segurado *Francisco Edson de Duda*

Portador da Carteira Profissional nº.

Série *2300603*, necessita de *05 (cinco)*

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

*CJD - M76-8***UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE IRAUÇUBA**

Hospital ou Ambulatório

Irauçuba 11-01-88

Localidade e data

Ass. Do Médico

Irmaez Lopez Yaque
Médica
RMS: 2300603
CPF: 062.744.901-88

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R G P S, Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

RECEB O 5 FEV 2016

Nome: 9

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
021.582.953-09

Nome
FRANCISCO SILVANO DUTRA

Nascimento
04/09/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PERMITE 200109802862 DATA DE EMISSÃO 18/06/2012

NOME FRANCISCO SILVANO DUTRA

PLACAO MANOEL OTAVIO DUTRA

MARIA CELSA DUTRA

CITIZENSHIP TRAUQUA - CE

DATA DE NASCIMENTO 04/09/1979

CARTÃO DE IDENTIDADE - TERMO 2.564 FOLHA 117 LIVRO A

08 TRAUQUA - CE

2 VIA

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

CITIZENSHIP

TERMO 2.564 FOLHA 117 LIVRO A

08 TRAUQUA - CE

DATA DE NASCIMENTO 04/09/1979

CARTÃO DE IDENTIDADE

08 TRAUQUA - CE

2 VIA

RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CÓDIGO DE CONTROLE

58F2.C9B6.00F1.B92F

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

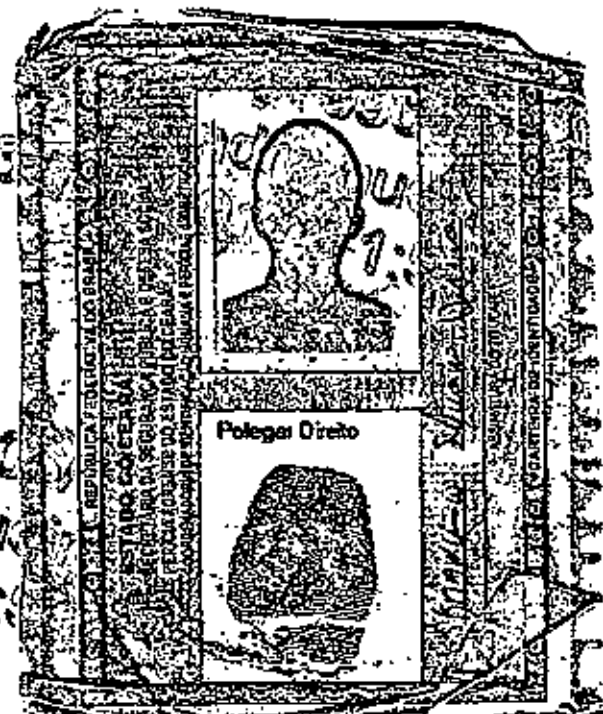
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 11:44:03 do dia 16/09/2018 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

ale
30/01



ASL-0070906/16

ale
30/01/2017 11:50:31

ASL-0070906/16
ale
30/01/2017 11:50:31

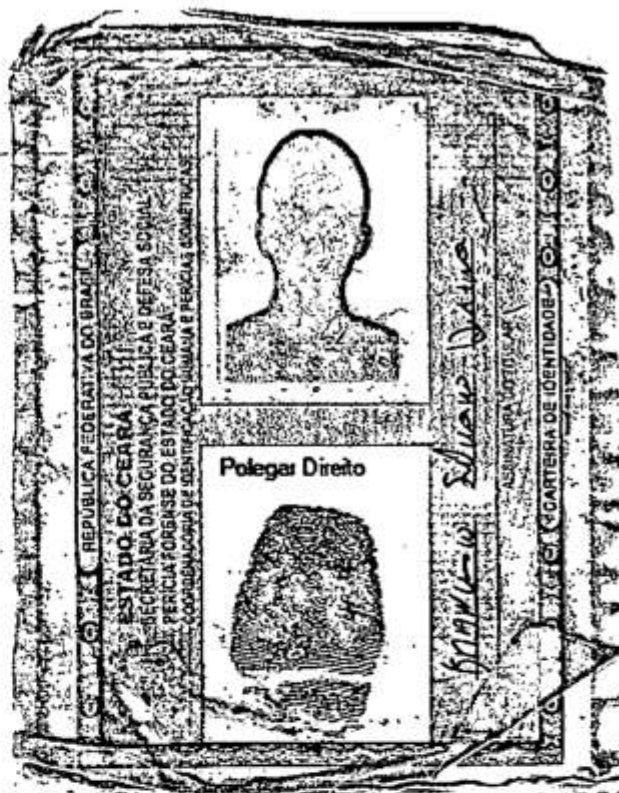
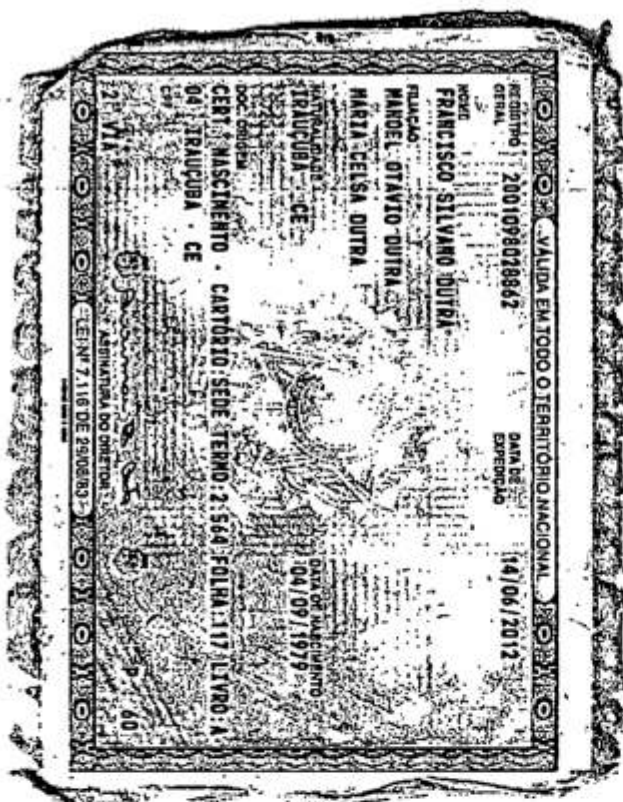
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
05/01/2016
05/01/2016
05/01/2016

ASL-0070906/16
ale 30/01/2017 11:50:31
ASL-0070906/16
ale 30/01/2017 11:50:31

ASL-0070906/16
ale
30/01/2017 11:50:31

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número 021.582.953-09
Nome FRANCISCO SILVANO DUTRA
Nascimento 04/09/1979
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓPIA



DOCUMENTO 5 *T5%*



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB O 5 FEV 2016

Nome

CÓDIGO DE CONTROLE
58F2.C9B6.0DF1.B92F

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:44:03 do dia 16/09/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

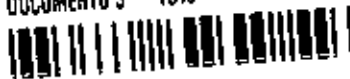
Número
021.582.953-09

Nome
FRANCISCO SILVANO DUTRA

Nascimento
04/09/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTO 3 *T396*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS PESSOAS E DA SEGURANÇA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME JOSE IRAN TEIXEIRA MATOS	
	DOCUMENTO / CDD / PASSAPORTE Nº 277333987 SSP SP
	CPF 135.813.668-85 DATA NASCIMENTO 14/12/1967
	Relação JOSE NANIRO TEIXEIRA MATOS MARIA SIMEDE DE MATOS
	Residência AD AD AD
INSCRIÇÃO 05002606020	VIGÊNCIA 29/06/2021 05/08/2010
Assinatura do portador <i>Jose Iran Teixeira Matos</i>	
LOCAL ITAPIPOCA, CE	DATA EMISSÃO 07/07/2016
Assinatura do titular <i>Jose Iran Teixeira Matos</i>	
NÚMERO DO DOCUMENTO 69043030671 CE154183237	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:



PROTEÇÃO PLÁSTICA

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INDIANAS E PESSOAS INDÍGENAS

DANILO TEIXEIRA MOTA

Polegar Direito

DATA DE NASCIMENTO: 01/01/1989

DATA DE EMISSÃO: 08/06/2015

VALIDA EM: 030 O TERMO: 030 NACIONAL

REGISTRO
CEARÁ: 2008010083924

DATA DE
EXPIRAÇÃO: 08/06/2015

NOME: DANILO TEIXEIRA MOTA

TIPO DE
DOCUMENTO: CÍVIL

ENDEREÇO: RUA DO SOCORRO S/OSSA TEIXEIRA
FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO: 01/01/1989

DOC. ORIGINAL: CERT. NASCIMENTO: 030A TERMO: 171 630 FOLHA: 177

LIVRO: A-131 FORTALEZA - CE

Assinatura: Danilo Teixeira Mota

Assinatura: Danilo Teixeira Mota

CÓDIGO DE CONTROLE
AA96.1BA2.8D63.081E

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:13:05 do dia 08/12/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
047.291.163-56

Nome
DANILO TEIXEIRA MOTA

Nascimento
01/01/1989

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 23.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº 5472 de 01.03.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para a execução de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento, e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONTECER INACIA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTEGOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.50588.43-1

3679058

0040

CE

DANILO TEIXEIRA MOTA



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

DANILO TEIXEIRA MOTA

PLACAR: CIO ERO MESQUITA MOTA

MARIA DO SOCORRO SOUSA TEIXEIRA

NASCIMENTO: 01/01/1969 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: FORTALEZA - CE

DOCUMENTO: C. 1.20061003524 12/03/2008 SSP/RS CE

LEI Nº 9.448, DE 16 DE MAIO DE 1996

CPF: 047.281.163-56

TIT. ELEITOR: CNIL

SEÇÃO: ZONA

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE SOBRAJE - 25/07/2013

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FUNÇÃO

DATA DE NASC. DO DOCUMENTO

PRVA

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

DOCUMENTO 5 "T596"

MINISTERIO DE LA CULTURA

NY-011959479550

THE ANSWER

0000000000 12015

昨來傳到韓公以仁喻地野處
江陰城內韓公以仁喻地野處

02156295509

HYT6181

CH 9C2JC30707R0B2393

125 FM

2067: 2067

2F/12CV/12ACC

TABLE 1

五、

[illegible]

PRICES	286.75	1.11	292.01	14/09/2015
--------	--------	------	--------	------------

TRAUCURIN

100-157175-100
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 11/25/01 BY 60322

21/09/2016

CE Nº 011959479550 INSTITUTO SEGURO PRIVADO

2015

FALE O SEU CLIENTE DO SEU CASO DE VOTAR
0215829690 DÊ AS INFORMAÇÕES, LIGUE 11313131
AS CONDIÇÕES E TERMOS DE CADA ELEIÇÃO

view:dpvz1s0gi mdoftcs@hco.com.br
SAC DPVAT 2022 024 1224

2015 21/09/2015

011 58295308

14776181

20881195

HONDA/CG 125 FALLO

2007

09 9C2JC30707R082393

PHÉLARIO : 2915

129-05

14-34

123.38

9.15

1.1

292.01

HYCOIA LIMITED

1000

14/09/2015

PROPRIETARIO
LOTE/DOMINIO 6735 INDIENREPVAT
MOTOR: JC30E77062893-0001C

[illegible]

344-2213

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Name: _____

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 14:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 14:41

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011959479550

VEICULO: 90881195
COD. RENAVAM: 000000000003
EXERCÍCIO: 2015

FRANCISCO SILVANO DUTRA
TRAUCUBA/CE

02158295309
HYP6181

9C2JC30707R082393

PAS/MOTOCICLO/HMO APPLIC.
HONDA/CG 125 FAN
28/12CV/124CC
PARTIC
PRETA

2007 2007

PREMIO TARIFARIO: 286.75
COT. REN: 1.11
PREMIO TOTAL: 292.01
DATA DE INGRESSO: 14/09/2015

TRAUCUBA

30/01/2017

30/01/2017
alexandre.queiroz
14:41

PREV SEGUROS
REVIDÊNCIA S/A

05 FEV 2016

CE Nº 011959479550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
02158295309
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurosbrasil.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1234

90881195
HONDA/CG 125 FAN
2007

9C2JC30707R082393

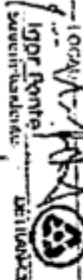
PREMIO TARIFARIO
COT. REN: 1.11
PREMIO TOTAL: 292.01
DATA DE INGRESSO: 14/09/2015

TRAUCUBA

30/01/2017

30/01/2017
alexandre.queiroz
14:41

CÓPIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011959479550
NAUA 01 908811195 0000000000 2015
FRANCISCO SILVANO DUTRA
IRAUCUBA/CE
02158295309
9C2JC30707R082393
HYT6181
02158295309
9C2JC30707R082393
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
HONDA/CG 125 FAN
2P/12CV/124CC
PARTIC
2007 2007
COTA ÚNICA
PARCELAMENTO
1º 2º 3º
286.75 14.11 292.01
14/09/2015
IRAUCUBA

21/09/2015
PREV SEGUROS
REVIDÊNCIA S/A
05 FEV 2016
2
UNO DE GATUNO. SEU PESSOAL CAUSADOS POR VEÍCULOS
SEUS VEÍCULOS DE VEZEMANHA. SEUS VEÍCULOS DE VEZEMANHA
SEUS VEÍCULOS DE VEZEMANHA. SEUS VEÍCULOS DE VEZEMANHA
CE Nº 011959479550 BILHETE DE SEGURO DPVAT
2015
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 21/09/2015
02158295309
908811195
HONDA/CG 125 FAN
9C2JC30707R082393
HYT6181
02158295309
908811195
HONDA/CG 125 FAN
9C2JC30707R082393
PRÊMIO TARIFÁRIO
129.04 14.34 143.38
4.15 1.11 292.01
14/09/2015
PROPRIETÁRIO
LOTE/DESENBOLHO/DESENBOLHO/DESENBOLHO
MOTOR: JC30E790823933080001-04
www.segurodotransito.com.br
12-2015



Solicitação de Reanalise

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRA,

Portador (a) do RG: 2001098028862,

e CPF do nº 021.582.953.09.

Solicito a reanalise de meu processo de invalidez permanente de
numero de sinistro 31.60092412.

Visto que estou mandando um novo relatório informando o grau da
minha invalidez permanente.

Espero que os senhores compreendam a minha solicitação e assim
possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a
MARCAÇÃO de perícia e conseqüentemente efetuando o pagamento da
indenização.

Atenciosamente

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	30 JAN 2017
Nome: _____	

STAPAJE (ce) 21 de DEZEMBRO de 2016

FRANCISCO SILVANO DUTRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

Data do acidente: 22/07/2018

CPF: 047.291.163-56

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO TEIXEIRA MOTA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



DANILO TEIXEIRA MOTA : 047.291.163-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/09/2018
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA DANILLO TEIXEIRA MOTA
DATA DO ACIDENTE 22/02/2018 CPF DA VITIMA 047.291.163-56
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO DANILLO TEIXEIRA MOTA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DO VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR FZ LAGOA DAS PEDRAS
Nº 0 COMPLEMENTO _____ BAIRRO ZONA RURAL
CIDADE IBAUQUISA UF CE CEP 62620-000
E-MAIL antonio.armando.2006@yahoo.com.br TELEFONE (86) 99.605-1704

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODTPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 12/09/2018
IDENTIDADE 2008040083924
ASSINATURA Danilo Teixeira Mota

DATA 12/09/2018
NOME ILIANA TEIXEIRA
ASSINATURA ILIANA TEIXEIRA

Requerimento de Benefício por Incapacidade

Comprovante do Requerimento

Requerimento: 190739026

Benefício Nº: 6243215680

Data: 10/08/2018

Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP):	15050588431
Nome:	DANILO TEIXEIRA MOTA
Endereço:	LAGOA DAS PEDRAS, 5
Bairro/Município/UF/CEP:	LAGOA DAS PEDRAS / IRAUCUBA / CE / 62620000
Agência:	IRAUCUBA
Endereço da Realização da Perícia:	AVENIDA JORGE DOMINGUES 452
Bairro/Município/UF/CEP da Perícia:	CENTRO / IRAUCUBA / CE / 62620000
Exame médico-parcial agendado para:	29/08/2018:12:40
CNPJ, CGC ou CEF:	01098983027141
Data do último dia de trabalho:	20/07/2018

Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Data: / /

Assinatura

Observação

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
 - Documento de IDENTIDADE Original;
 - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
 - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
 - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins do salário-família, caso informado;
 - Se segurado especial (trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço www.previdencia.gov.br ou ligando para o número 136 da Central.
- Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 136.



v2.13.13 - build-time 2017-12-05T16:22:38Z

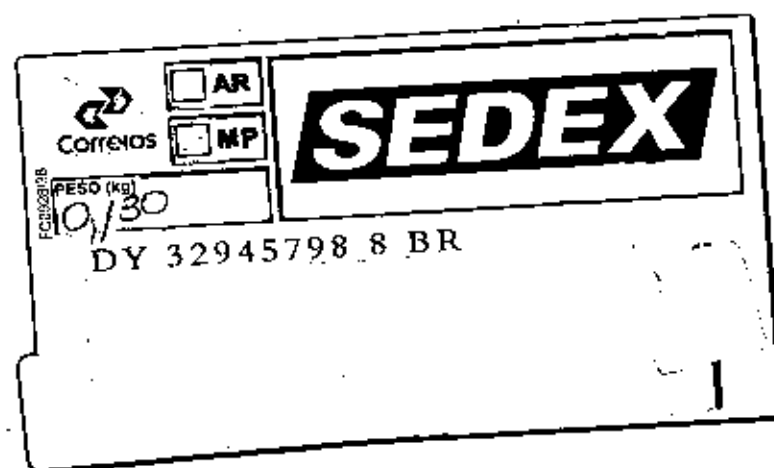
MPS | INSS

Sexta-feira, 10 de Agosto de 2018

01.098.983/0271-41
PAQUETA CALÇADOS LTDA
Av. Paulo Bastos, 1505
Centro - CEP:62.600-000
IRAUCUBA - CE

Seguradora Líder
Rua Senador Dantas, nº 74, 15º andar
Centro
Rio de Janeiro - RJ
20031-005

12 SET 2009



11 miles Tropicana photo
Fog. Baysen das Pedro
Zona Rural
Granada CE
68600-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

Número do Sinistro: 3180447661

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF: 047.291.163-56

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO TEIXEIRA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS


[Buscar no site](#)


Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



A A

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)

[\(/Pages/Atalhos-de](/Pages/Atalhos-de)
[COMO PEDIR INDENIZAÇÃO](#)
[Pedido.aspx\)](#)
[Documentos Despesas](#)
[Médicas](#)
[\(/Pages/Documentacao-](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
[Despesas-](#)
[Medicas.aspx\)](#)
[Documentos Invalidez](#)
[Permanente](#)
[\(/Pages/Documentacao-](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
[Invalidez-](#)
[Permanente.aspx\)](#)
[Documentos Morte](#)
[\(/Pages/Documentacao-](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
[Morte.aspx\)](#)
[Dicas Indispensáveis](#)
[\(/Pages/Dicas-](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
[Indispensaveis-Para-](#)
[Pedir-a-](#)
[Indenizacao.aspx\)](#)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar](#)
[\(/Pages/Pague-](/Pages/Pague-Seguro.aspx)
[Seguro.aspx\)](#)
[Consulta a Pagamentos](#)
[Efetuados](#)
[\(/Pages/Consulta-a-](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)
[Pagamentos-](#)
[Efetuados.aspx\)](#)
[Informações Gerais](#)
[\(/Pages/Informacoes-](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
[Gerais-Sobre-o-](#)
[Pagamento.aspx\)](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180447661 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANILO TEIXEIRA MOTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO

PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER

DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF/CNPJ: 04729116356

Posição em 08-10-2018 13:26:53

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de Inexistência de IML	Vítima	Não Conforme	

SEGURADORA LIDER DPVAT OF2 30-OCT-2018 17:01 518234 14



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DAVILLO TEIXEIRA MOTA
DATA DO ACIDENTE 23.10.2018 CPF DA VÍTIMA 047.291.163-56
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR FARZ LAGOA DAS PEDRAS
Nº 34 COMPLEMENTO _____ BAIRRO ZONA RURAL
CIDADE PARACURUBA UF CE CEP 62600-000
E-MAIL DAVILLOTEIXEIRA.MOTA.2017@GMAIL.COM TELEFONE (88) 99287-2959
COM (88) 3635-1209

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

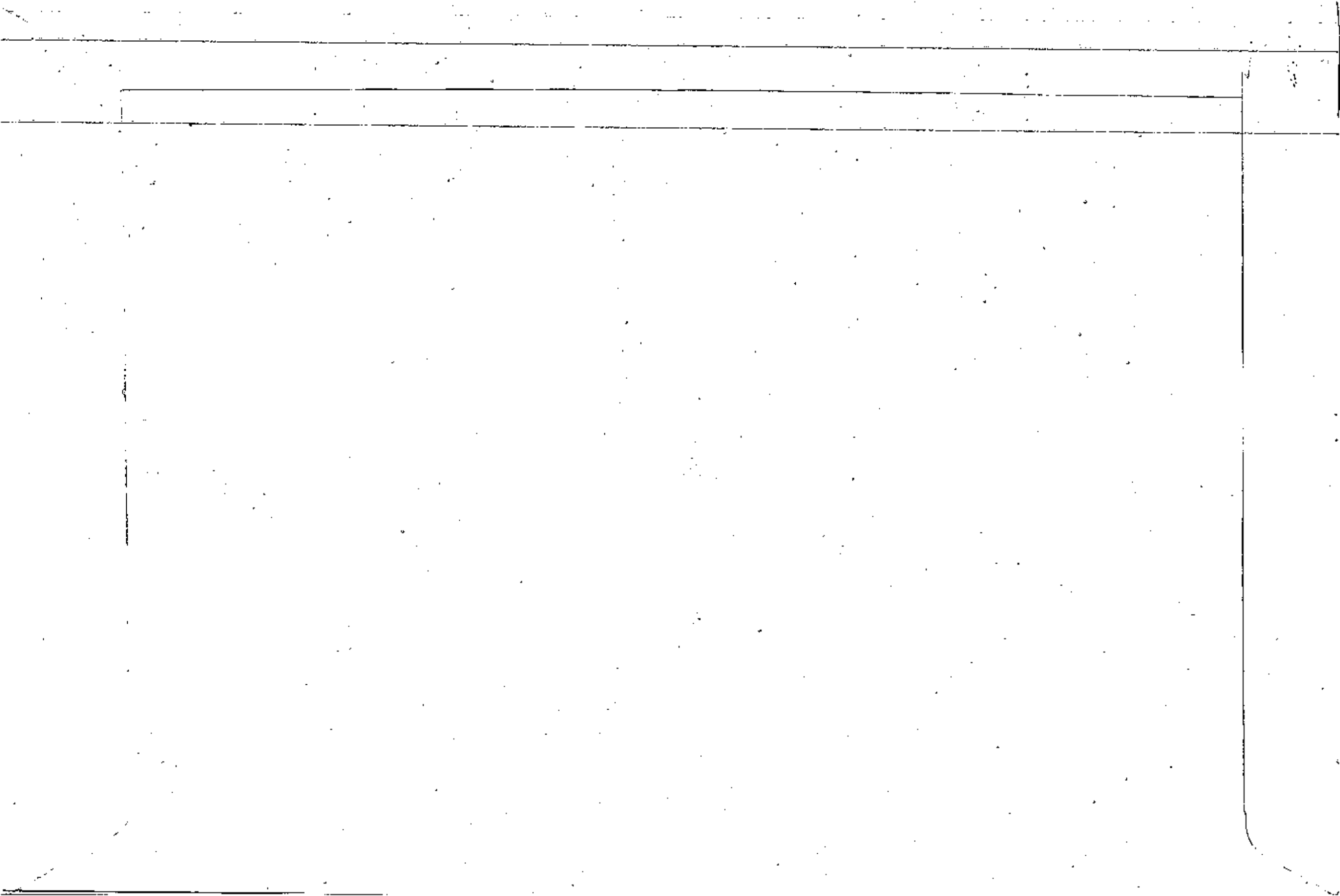
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

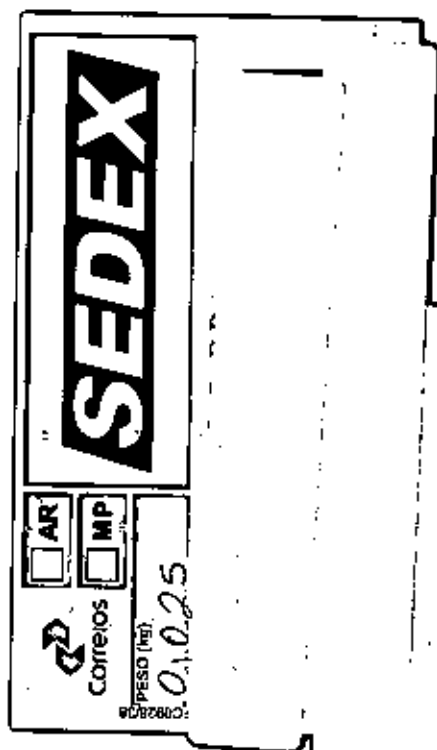
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23.10.2018
IDENTIDADE 2003010083904
ASSINATURA Paulo Teixeira Mota

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 23.10.2018 MATR. CORREIOS 8181396-1
NOME REZARDO BRAGA DE ALEAGREZ
ASSINATURA Rezardo Braga de Aleagres



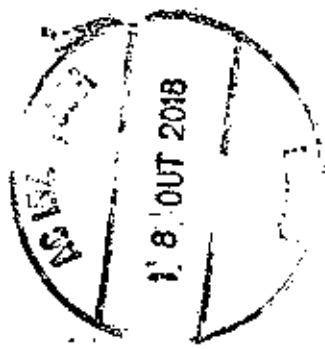


SEGURADORA LÍDER

RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR – CENTRO

RIO DE JANEIRO – RJ

20031-205



DANILO TEIXEIRA MOTA

FAZ. LAGOA DAS PEDRAS, 0

ZONA RURAL

IRAUCUBA – CE

62620-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

Número do Sinistro: 3180447661

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF: 047.291.163-56

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO TEIXEIRA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Outros





Seguradora
LÍDER
Atende a todos os Seguros DPVAT

(1)

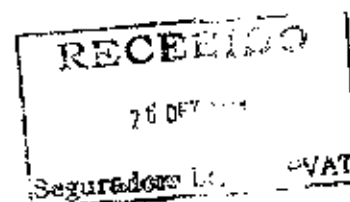
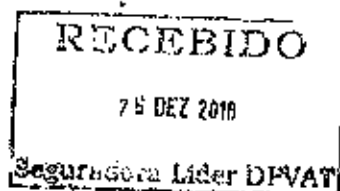
Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRFNSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados; parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180447661 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANILO TEIXEIRA MOTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF/CNPJ: 04729116356

Posição em 29-11-2018 13:22:02

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada q

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
20/11/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pax8DEtui+mWxZxIW6OGywapi_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzxyi2ZgSI0u3x8fdB2xvFH__g=)
09/10/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/9+Fak__t0xdwCS4c0wllG2api_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzxyi2ZgSI0u3x8fdB2xvFH__g=)
09/10/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/igsgus0klcjLQx8m+jqzrA==api_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzxyi2ZgSI0u3x8fdB2xvFH__g=)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Paulo Ferreira Moura

DATA DO ACIDENTE 22/10/2012

CPF DA VITIMA 042.291-163-56

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENFEREÇO DO PORTADOR Luiz Carlos Pereira

Nº 15 COMPLEMENTO Vila Maurício BAIRRO Campinas

CIDADE Itapicoba UF CE CEP 63620-000

E-MAIL Paulo.ferreira.moura@ig.com.br TELEFONE (82) 931055023

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/12/2012

IDENTIDADE Paulo Ferreira Moura

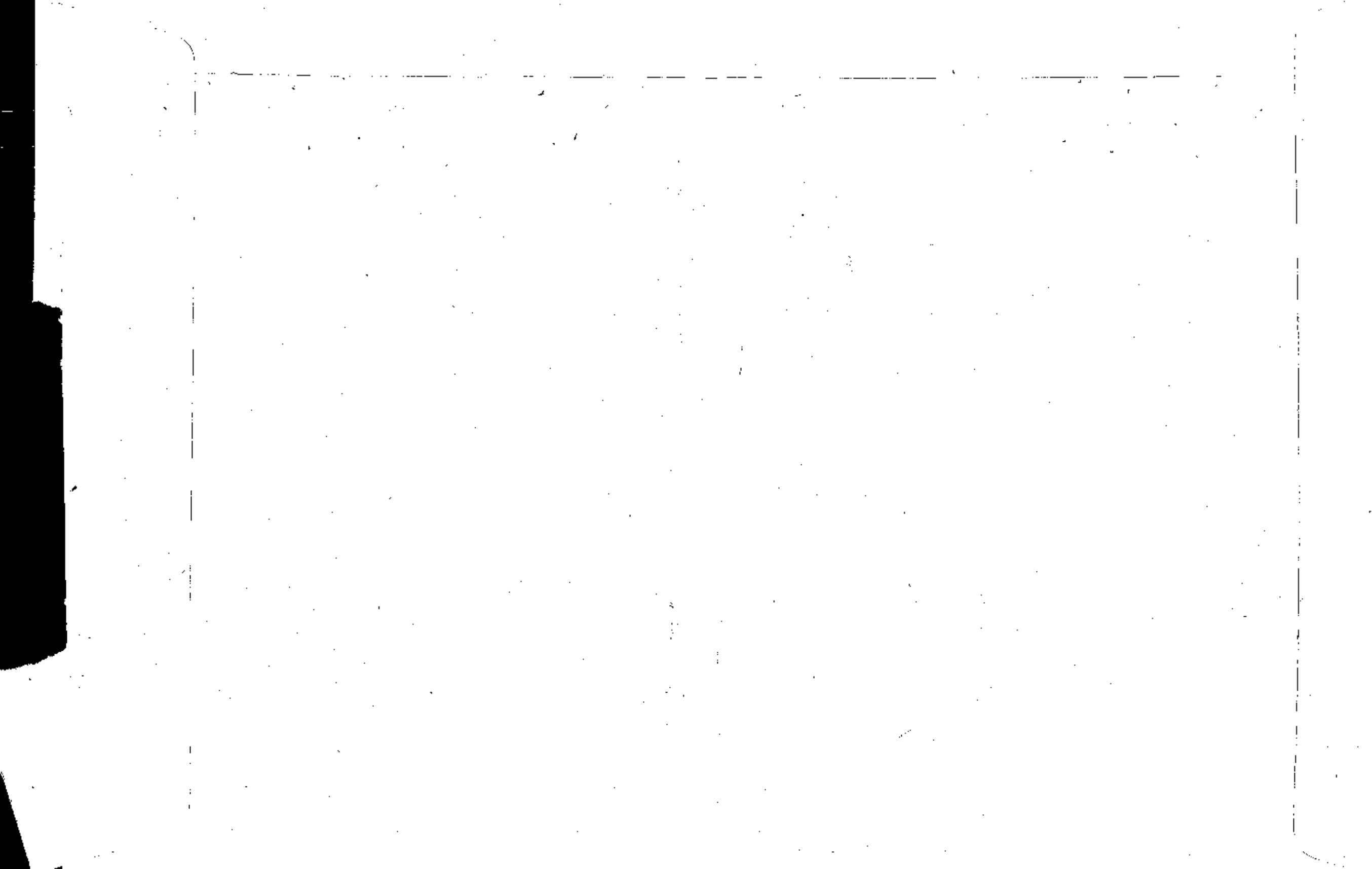
ASSINATURA Paulo Ferreira Moura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 14/12/2012 MATR. CORREIOS 2181396-1

NOME REGIANE BRAGA DE ALMEIDA

ASSINATURA Regiane Braga de Almeida



 Correios	☐ AR	
	☐ MP	
PESO (kg) 0,030		
DY 32945890 4 BR		

DESTINATÁRIO:

SEGURADORA LÍDER

RUA SENADOR DANTAS, N° 74, 15° ANDAR – CENTRO

RIO DE JANEIRO – RJ

20031-205

REMETENTE:

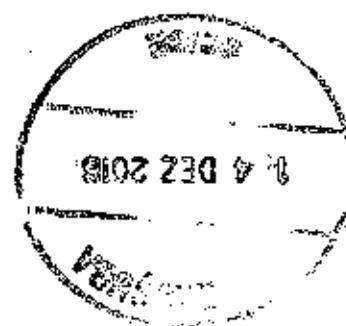
DANILO TEIXEIRA MOTA

FAZ LAGOA DAS PEDRAS, 15

CAMPINAS

IRAUCUBA – CE

62620-000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170067186

Cidade: Irauçuba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Data do acidente: 11/01/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Entorse de tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160092412 **Cidade:** Irauçuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SILVANO DUTRA **Data do acidente:** 11/01/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: ENTORSE DE PÉ ESQUERDO E TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 60 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCO SILVANO DUTRA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua ANTONIO IV DO SANTOS, nº 514, bairro ESPERANÇA, Município de IRAUCUBA, Estado de(o) CEARA, Cep.: 62620-000, portador(a) do Rg nº 200109302862, SSP/CE, e CPF nº 021.582.953-09.

Outorgado: José Ivan Teixeira Mota, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Aparentado, residente e domiciliado(a) à Rua Tabeleiro Lopes B. Figueira, nº 62, bairro Bommeiro Gomes, Município de Itapagé, Estado de(o) Ceará, Cep.: 62600-000, portador(a) do RG nº 277233987, SSP/CE, e CPF nº 135.813.668-86.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FRANCISCO SILVANO DUTRA, ocorrido em 11/01/2016, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

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

IRAUCUBA - CE, 19 de DEZEMBRO de 2016.



Outorgante

CPF Nº 021.582.953-09

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

	Reconheço por ☐ semelhança ☒ autenticidade
	a(s) firma(s) <u>FRANCISCO SILVANO DUTRA</u>
	Dou fé. Iracuba-CE <u>19 DEZ 2016</u>
	() BELA. CLÁUDIA REGINA NOGUEIRA - TITULAR () PEDRO RODRIGUES LIMA - SUBSTITUTO () RAIMUNDO SANTANA LIMA - ESCRIVENTE

Francisco Emanuel Lima Mendes
Escrivente Autorizado

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF: 047.291.163-56

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO TEIXEIRA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANILO TEIXEIRA MOTA : 047.291.163-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/09/2018
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352349/18

Número do Sinistro: 3180447661

Vítima: DANILO TEIXEIRA MOTA

CPF: 047.291.163-56

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO TEIXEIRA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: DANILO TEIXEIRA MOTA
CPF: 047.291.163-56

DANILO TEIXEIRA MOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS