

AUTORIZAC

AUTORIZACAO DE PAGAMENTO
1004039

CÃO DE SINISTRO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____
8E

EU, CEZARINA IRES BOLEONTE DE SAUSA

PORTADOR (A) DO RG Nº 002.688.088 EXPEDIDO POR RN EM (DATA) 12/04/2005

E CPF Nº 07019590454, PROFISSÃO _____ E RENDA MENSAL

DE R\$ _____ NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA

CEZARINA IRES BOLEONTE DE SAUSA, AUTORIZO A

SEGURADORA MBM A EFETUAR O

RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ C/C _____

2. ☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 1134-7 C/P 16356-2

3. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

4. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

5. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA
INDENIZAÇÃO.

São Bento IPB - 19/04/2011

LOCAL / DATA

Cezarina Ires Boleonte de Sausa
ASSINATURA DO FAVORECIDO(A)/BENEFICIÁRIO(A)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
1004026



Rua Sérgio Silveira, nº. 798, Centro, São Bento-PB, CEP 58.865-000 - Fone/FAX: (83)3444-2804.

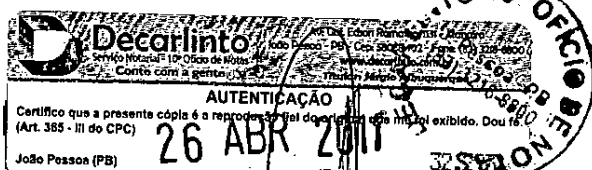


GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO BENTO-PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrência nº 001/2010, nele encontrei na fl. de nº 123F, o registro nº 0390/2010, cujo teor passo agora a transcrever na íntegra: "Aos vinte e cinco dias do mês de Junho de 2010, nesta cidade de São Bento e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial bel. Marcus Vinicius de Azevedo Damasceno, comigo escrivão ad-hoc do seu cargo, abaixo assinado e declarado, aí, por volta das 09:05 min, compareceu o(a) Sr(a). CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUSA, Brasileiro(a), Solteira, Ensino Médio Completo, ACD Assistente de Consultório Odontológico, filha de Jurandi Bolconte de Assis e de Geni de Sousa Bolconte, natural de Paulista/PB aos 16/05/1987, RG: 2.688.088 SSP-PB, exp. 12/04/2005, CPF: 070.195.904-54, residente e domiciliado na Rua Eulámpio Cândido da Silva, Nº: 86, São Bernardo, São Bento/PB. Cientificado das penalidades cominadas com o Art. 299 do CPB, comunicou que: no dia 11 de junho de 2010, ai por volta das 10:30hs, se deslocava de casa para a Escola Fausto Meira pegar sua sobrinha "Rafaela Bolconte da Silva" na sua moto uma Honda/CG 150 Titan KS, 2007/2007, Prata, Placa MNN-8854, Chassi: 9C2KC08107R146459, quando na rua Sérgio Siveira nas proximidades do Cemitério São João Batista, colidiu com outra moto, vindo a cair em seguida, não possui CNH, não trazia carona, que não sabe quem colidiu com ela, que a outra moto evadiu-se do local, que foi socorrida por populares ao Hospital Local com alguns ferimentos. Por isso comunica o fato a autoridade policial, para fins de Seguro". Era o que continha o Livro de Ocorrências Policiais. O referido é verdade e dou fé.

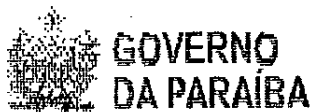


São Bento, 25 de Junho de 2010.

Hugo de Azevedo Alves
Comissário de Polícia
Mat. 157348-7

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA DA DEFESA
SOCIAL - 8ª DRPC - CATOLÉ DO ROCHA - PB
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO BENTO - PB

DECLARAÇÃO



Declaro, para os devidos fins, que na região compreendida pela 8ª Delegacia Regional de Polícia Civil, e em especial na cidade de São Bento - PB, **NÃO EXISTE UNIDADE DE MEDICINA LEGAL** para emissão de laudos e confecções de exames de qualquer natureza. O referido é verdade e dou fé

Charley Moraes Feitosa
Escritão de Polícia Civil
Mat. 156.960-1

São Bento, 02 dezembro de 2010

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente é cópia fiel do original que conferi autenticando-a em

Testemunho, *[assinatura]* da verdade

São Bento (PB), 03 de *[assinatura]*

2010 *[assinatura]*

São Bento, Cartório único de Registro de Imóveis

Martem Lúcio da Silva Santos - Tit. Público

João Carlos Lucio Ortiz - Substituto Escrevente

() Aurélio Marcos da Silva () José Carlos Lucio Ortiz () Sarcene Cavalcante

São Bento Cartório único de Registro de Imóveis

CNPJ: 08.571.833/0001-66

Martem Lúcio da Silva Santos

Tabelião Público de Notas Títulos e Documentos Oficiais
de protestos e Letras e Registro de Pessoas Jurídicas

São Bento (PB) Te's-fax: (83)3444 2533

Rua Lucio da Silva, nº 224 centro

CEP: 58865-000

E-mail: cartoriomartemlucio@ig.com.br

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

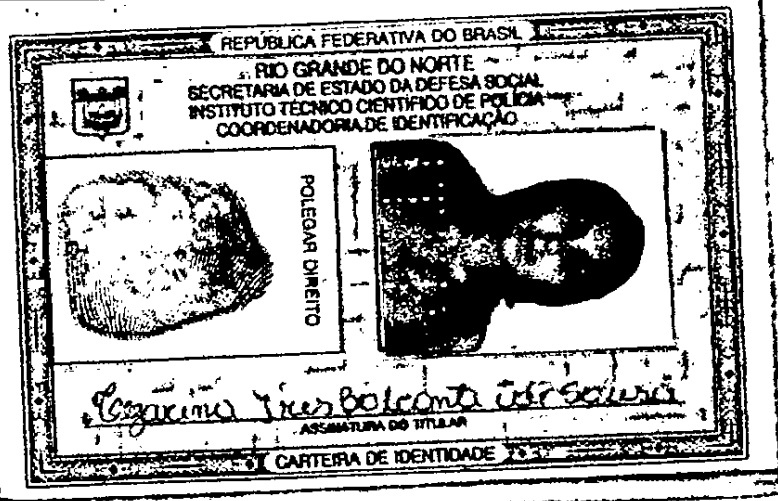
Declaro para os devidos fins, que eu, **CESARINA IRIS DE OLIVEIRA**, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG nº. 2.688.088 SSP/PB e inscrita no CPF sob o nº. 070.195.904-54, sou residente e domiciliada na Rua Eulâmpio Cândido da Silva, nº. 86, Bairro São Bernardo, São Bento-PB, CEP:58.865-000.

São Bento, 05 de julho de 2010

Cesarina Iris Bolcanti da Silva
CESARINA IRIS DE OLIVEIRA

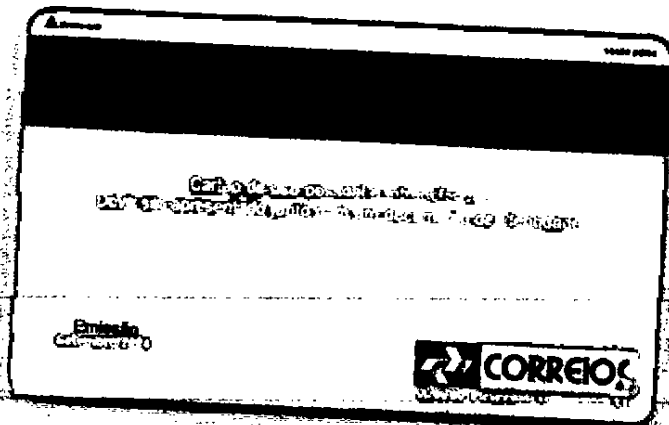
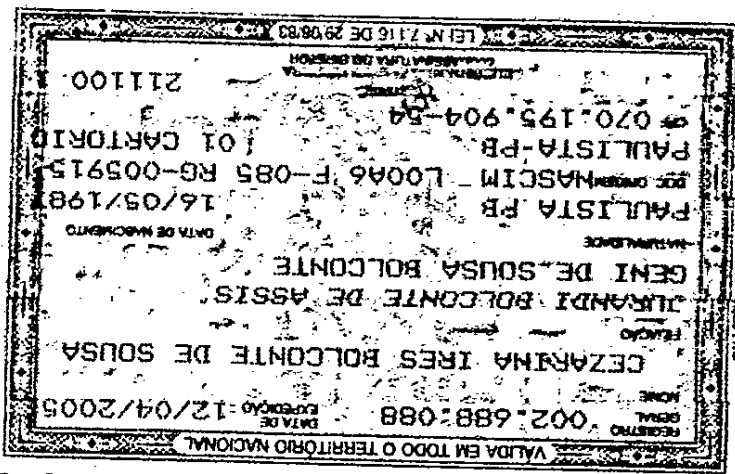
83 - 88 18.5279

3222. 8577



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



GENY DE SOUSA BOLCANTE

R EULAMPIO CANDIDO DA SILVA 86

SAO BENTO / PB (AG: 237)

Classe: RESIDENCIAL BR Monofásica

Roteiro: 13-237-110-0960

Nº do Medidor: 00000467033

Referência: AGO/2010

Emissão: 25/08/2010

Atendimento ao Cliente ENERGISA

ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.

0800 083 0196

LIGACÃO GRATUITA

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENER

Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 5

CHPU 88.895.183 / 8891-88 - Insc. Est. 16.

Nota Fiscal/Conta de Energia

Nº 791846

Reservado ao FISCO

21fc.5302.9950.bf89.8ffd.323e.b76d.c2df

Indicadores de Qualidade 08/2010 - Contado: BREVIO DO CRUZ

LIMITES DA ANEEL APURADO LIMITE DE TENSÃO (V)

DEC	11,4	3,89	NOMINAL	220
FEC	7,8	1,42	CONTRATADA	
DIC	9,6	0,06	LIMITE INFERIOR	201
FIC	4,6	1,00	LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	5,0	0,06		

DEC: horas, em média, que a região ficou sem energia. FEC: vezes, em média, que a região ficou sem energia. DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação.

Dados do Cliente

Conta Referente a

Apresentação

Identificador para Débito Automático: 00007052699

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/705269-9

Canal de Contato

Campanha do TRE-PB e Escola Judiciária Eleitoral

Quando você vende seu voto, todo mundo paga a conta. Voto vendido: Povo vencido.

Diga bem-vindo ao Censo 2010. Você responde, o Brasil corresponde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO 0009792 CNPJ/CPF 09 069 709/ 0001 - 18
CÓDIGO DA UNIDADE: 0009792
NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA PAULINO LÚCIO
ENDEREÇO: Rua Florêncio Cândido, 388 - Centro
MUNICÍPIO: São Bento ESTADO: Paraíba UF: 25

DADOS DO PACIENTE
NOME: CECILIA INES BOLCAUHE DE SOUSA SEXO: F. D. Nasc. 16/05/1984
PROFISSÃO: AGRICULTORA
FILIAÇÃO: RUBEN BOLCAUHE DE SOUSA E GENI DE SOUSA BOLCAUHE
NATURALIDADE: PAULISTA PB
ENDEREÇO: R. EUGÊNIO CARVALHO BAIRRO: SÃO BERNARDO
MUNICÍPIO: SÃO BENTO ESTADO: PARAÍBA CEP: 58865000
DATA DO ATENDIMENTO: 15/09/2010
CARTÃO DO SUS: 16550921884 00041
DOCUMENTO: RG: 002.688.088-53238

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO:

Paciente apresenta quadro de um
traumatismo por queda de um
cabo de aço, com fratura de um
osso da perna e lesão da coxa
e do quadril.

Diagnóstico: lesão da coxa e do quadril
Cid. 86.00

NATUREZA DA CONSULTA Caracterização Atendimento TIPO DE ATENDIMENTO

☐ Consulta simples
☐ Consulta com medicamento
☐ Consulta com observação
☐ Consulta ortopédica

☐ Urgência/Emergência (com Proc.)
☐ Primeira Consulta
☐ Consulta Subsequente
☐ Urg./Emerg. e/ou referência p/ outra unidade
☐ Consulta c/referência p/ outra unidade

Medicação Encaminhamento

☒ Prescrita
☒ Aplicada

☐ P/ Observação
☐ P/ Residência
☐ P/ Amb. SUS

☐ P/ outro Hospital
☐ Internação
☐ Obito
☐ Outros

Procedimento Serviços Realizados CBO IDADE

0402010332 23345

REALIZADOS NA UNIDADE Solicitados

Realizado de corpo inteiro
Análise de urina
Resultado do Exame

1. Curativo 02/09/10 HORÁRIO

2. Análise de urina
3. Análise de urina
4. Análise de urina
5. Análise de urina
6. Análise de urina
7. Análise de urina

Assinatura do Profissional (s) Assinante (s) - Carimbo

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital e Maternidade Maria Paulino Lúcio
BOLETIM DE ANESTESIA

Nome <i>Regina Rosa Zolante de Sá</i>		Idade <i>23</i>	Sexo <i>F</i>
Data	Procedência	Classe	Prontuário
Diagnóstico Pré Operatório <i>lesão na coroa E</i>			CID
Operação			Início <i>15:35</i>
Código			Término <i>16:00</i>
Cirurgião(s) <i>Dr. Pinob</i>		Auxiliar	Anestesiista <i>Regina Zolante</i>
Hora <i>15:35</i> <i>16:00</i>			
PA <i>98/64</i> 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i>			
TÉCNICA ☒ GERAL ☐ Endovenosa ☐ Bloqueio ☐ Raqui ☐ Outros ☐ ☐ Inalatória ☐ Peridural ☐ ☐ Intramuscular ☐ Bloqueio do plexo braquial			
AGENTE ANESTÉSICOS		LÍQUIDO	
1 <i>Propofol 100 mg</i>		☐ Soro Glicosado 5%	
2 <i>Midazolam 2 mg</i>		☐ Fisiológico 0,9%	
3 <i>Propofol 1 mg</i>		☐ Ringer Lactate	
4 <i>Propofol 2 mg</i>		☐ Sangue Total	
5 <i>Propofol 1 mg</i>		☐ Outros	
6		Total	
<i>Regina Zolante A. S. Sá</i> CRM - <i>5</i> CNPJ 4655 - CPF 46310104-44 ANESTESISTA			



Prefeitura Municipal de São Bento - PB
Secretaria Municipal da Saúde

PSF - Eulámpio Cândido da Silva

Nome Cesarina Luis (de Oliveira)
Malcanta de Sousa

Quando médico

Declaro por estes devidos fins
que a paciente supracitada
foi vítima de acidente auto-
mobilístico, que ocasionou
fratura do 5º dedo do pé
esquerdo.

Hoje, a paciente apresenta di-
ficuldade para andar quando
faz uso de alguns sapatos que
se usava; dificuldade para
adução e abdução do 5º
dedo dactilar (E).

Hoje um déficit de função do
dedo comprometido de 20% (ento
por cento)

Assinatura: Cesarina Luis Malcanta de
Sousa.

São Bento 12/08/20

Salisneide Araújo
Clínica Geral
Médico CRM 5098

Médico

OUTROS
1004054



 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 2011262104

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUSA
CPF: 070.195.904-54 CPF de: Próprio Titular do CPF: CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUSA
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do
Acidente: 11/06/2010

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue	
Certidão de casamento	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	Entregue	
Certidão de nascimento	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	Entregue	
Documentos de identificação	Entregue	
DUT	Dispensado	
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado	
Outros	Entregue	

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Comentário
BENEFICIÁRIO - CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUSA		
Alvará judicial	Dispensado	
Autorização de pagamento	Entregue	
Comprovante de residência	Entregue	

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 05/07/2011
Nome: CORREIOS
CPF:

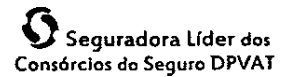
CORREIOS

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 08/07/2011 12:24
Nome: Andrea Aparecida Starick Marques
CPF: 020.885.287-50

Andrea Aparecida Starick Marques

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO



SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-39009/2011

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUSA	Data de Nascimento: 16/05/1987
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A	Data do Sinistro: 11/06/2010
CPF da Vítima: 070.195.904-54	CPF de: Próprio
	Titular do CPF: CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUSA

DOCUMENTOS

Nenhum documento entregue.

CONTATO

Nome:

Telefone:

Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 12/05/2011

FIC DPVAT - Thiago Collares

De: FIC DPVAT - Patrícia Murat [patriciamurat@ficdpvat.com.br]
Enviado em: terça-feira, 5 de julho de 2011 12:11
Para: 'ADRIANA CIRNE ARAGAO'
Cc: 'FIC DPVAT - Thiago Collares'
Assunto: RES: DADOS BANCARIOS - CEZARINO IRES BOLCONTE DE SOUSA

Thiago,

Passar para reanalise urgente.

Sds
Patricia

De: ADRIANA CIRNE ARAGAO [mailto:dpvat-jp@ig.com.br]
Enviada em: terça-feira, 5 de julho de 2011 11:13
Para: Patricia Murat - FIC DPVAT
Assunto: DADOS BANCARIOS - CEZARINO IRES BOLCONTE DE SOUSA

CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUSA
ASP39009/2011

DADOS BANCARIOS
Banco do Brasil
agência:1134-7
conta poupança:16.356-2

--
Adriana Cirne Aragão
Jesus Cristo é o Senhor.
(83) 3222 8577 / 9305 6930





Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2011

MBM2314/2011

Prezado(a) Senhor(a),

CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUSA
RUA EULQMPIO CANDIDO DA SILVA,86
SAO BERNARDO - SAO BENTO - PARAÍBA
58865-000

Ref.: **SEGURO DPVAT - MBM SEGURADORA**

VÍTIMA: CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUSA - Sinistro: ASP39009/2011

Solicitamos o(s) documento(s) complementar(es) para prosseguirmos com a análise do processo.
Informamos que os documentos solicitados estão de acordo com as Normas de Regulação da Seguradora Líder.

- Cópia do cartão do banco ou extrato bancário do beneficiário(a), tendo em vista, que recebemos a autorização de pagamento sem os devidos dados bancários.

Ficamos a inteira disposição para esclarecimentos.

Orientamos encaminhar a documentação complementar capeada a esta correspondência.

Atenciosamente,

**Departamento de Sinistro
MBM SEGURADORA**

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Obrigatório Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos
INVALIDEZ PERMANENTEMBM
SEGURADORA

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 11/06/2010

Vítima

CEZARINA IRES BOLEONTE DE SOUSA

CPF 07019590454

Seguradora

MBM

09 MAI 2011

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome CEZARINA IRES BOLEONTE DE SOUSA

☒ Vítima ☐ Representante Legal

Endereço para Correspondência R. EULAMPIO CANDEDO DA SILVA

nº 86 Complemento Bairro SÃO BERNARDO

Cidade SÃO BENTO

UF PB

CEP 58865000

Telefone para contato 83 3222 8577/8818 5279

Preencha com ☒ para documentação entreguePreencha com ☐ para documentação faltante

FOI DO DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ Registro da Ocorrência expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência da vítima
- ☒ Autorização de Pagamento / Credito da Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☒ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Termo de Oração no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF
- ☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente quando iniciará o prazo para pagamento da indenização que é de até 30 dias.

Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias para o pagamento será interrompido.

29/04/2011

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RECEBIDO EM RESPONSABILIDADE PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data 29/04/2011

Nome CEZARINA IRES B. de SOUSA

Identidade 002.688.088

Data ____/____/____

Nome _____

Identidade _____

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Obrigatório Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos
INVALIDEZ PERMANENTE

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 11/06/2010 Vítima Cezarina Ires Boleante de Sousa

CPF 070 195 904 54

Seguradora MBM

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome Cezarina Ires Boleante de Sousa

☒ Vítima ☐ Representante Legal

Endereço para Correspondência R. EULAMPID CANDELO DA SILVA

nº 86 Complemento Bairro SÃO BERNARDO

Cidade SÃO BENTO

UF PB

CEP 58865 000

Telefone para contato 83 3222 8577/8818 5279

Preencha com ☒ para documentação entreguePreencha com ☐ para documentação faltante

PO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ Registro da Ocorrência expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação, da vítima
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência da vítima
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

(Em caso de vítima com até 16 anos também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal)

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal (IML) qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☒ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF do procurador
- ☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciar o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.

Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias previsto para pagamento será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RECEBIDO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Documentação recebida sem conferência

Data 29/04/2011

Nome Cezarina Ires B. de Sousa

Identidade 002.688.088

Data ____/____/____

Nome _____

Identidade _____

09/08/2011

- BANCO DO BRASIL -

9:48:14

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**FORMA DE PAGAMENTOS: CRÉDITO EM CONTA DE POUPANÇA****CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO****AGÊNCIA: 1769-8****CONTA: 00.000.611.000-2**

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA:**02/08/2011****NÚMERO DO DOCUMENTO:****123456789012****VALOR TOTAL:****1.350,00********* TRANSFERIDO PARA :****CLIENTE: CEZARINA IRES BOLCONTE DE SOUS****BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.****AGÊNCIA : 1.134-7****CONTA : 00.010.016.356-4**

=====

Nr. Autenticação: 6.86A.B74.41D.15D.440