

PROCURAÇÃO

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA, brasileiro, portador da Carteira de Identidade Nº 20040340155862 SSP/CE do CPF nº 046.024.563-59, residente e domiciliado na Rua Eng. José Walter, nº 89, Antônio Vieira, Juazeiro do Norte- CE, nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado o Dr. **DIOGO PINHEIRO PEIXOTO**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.373 com escritório na Rua Neroly Filgueira, nº 208, Centro, Barbalha - CE, ao qual confere amplos e ilimitados poderes, inclusive ressalvados os do **art. 105 do CPC** e, especialmente para onde com esta se apresentar, defender a outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja parte, funcionando como autora, ré, assistente ou oponente, litisconsorte, assistente, podendo interpor recurso crime, cível ou trabalhista nas três instâncias, bem como desistir, transigir, inclusive fixando desde já, honorários advocatícios no percentual de 30% do valor que o outorgante auferir a qualquer título, e substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, bem como **AJUIZAR AÇÃO EM FACE DA SEGURADORA LIDER DO SEGURO DPVAT**.

Juazeiro do Norte, 09 de fevereiro de 2017.

x Luiz Carlos de Oliveira

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA

**DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIOS, LEI DE ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA
GRATUITA, Lei nº 13.105/2015 art. 99 e parágrafos.**

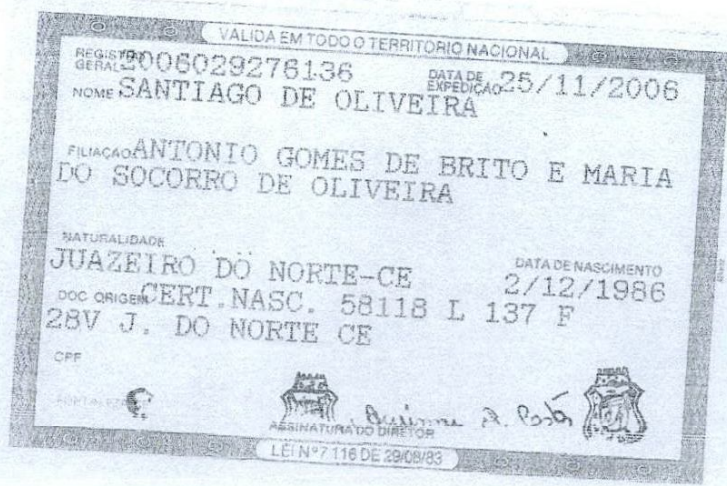
LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA, brasileiro, portador da Carteira de Identidade Nº 20040340155862 SSP/CE do CPF nº 046.024.563-59, residente e domiciliado na Rua Eng. José Walter, nº 89, Antônio Vieira, Juazeiro do Norte- CE. **DECLARO** não ter condições financeiras de arcar com as despesas das custas judiciais, bem com os honorários advocatícios sem prejuízo do seu próprio sustento ou de sua família, motivo pelo qual requer o benefício da justiça gratuita com fulcro na **LEI DE ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA nº 13.105/2015 art. 99 e parágrafos.**

Juazeiro do Norte - CE, 09 Fevereiro de 2017.

x *Luiz Carlos de Oliveira*

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA

SECRETARIA
2ª VARA
DO NORTE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2004034015586-2a VÁLIDE ATÉ 27/4/2007

NOME LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO NC E MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 12/8/1983

DOC ORIGEM CERT.NASC. 47321 L A128 F

29V JUAZEIRO DO NORTE-CE.

CFF

PORTALEZA CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

CASA DO POVO

QUINTA VISTORIA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

14E2.1145.717A.E1D1

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 11:24:22 do dia 18/02/2014 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

046.024.563-59

Nome

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA

Nascimento

12/08/1983

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA
2ª VARA
J. DO N.º 100-CE

FLS. 13
SECRETARIA DA
2ª VARA DE
J. DO NORTE-CE

19 13000 11 107600 - 0
ELIZANGELA BRITO DA SILVA
RU DAS FLORES 02104
1000 CABRAL JUAZEIRO DO NORTE - 63051150
5549149
01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA 0000 A45N
041080843-14 0,00

Abri/2016 27/04/2016 27/05/2016

ISENTO	5,00	10,12	20,30	0,00	0,00	0,00
8550.1113.9769.0606.90F4.9239.2E94.2662	3,20	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
	2,86			0,00		
9783	9726	1,00	57	0,00		

27/04/16 28/03/16 30 DIAS 57 11,75
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL 25,74
DESCONTO TARIFA SOCIAL BAIXA RENDA -13,69
MULTA MORATORIA REF 03/2016 0,45
CORRECAO MONETARIA DO MES 4,01
JUROS DO MES 4,21
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,30

04/05/2016

21,52

Energia	2,72
Transmissao	1,45
Distribuição	1,45
Encargos Sociais	1,45
Previdência Social	1,45
TOTAL	12,50

24,64 0,00

Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso temos novos números para contato por celular. Para consultar os números acesse nosso site - www.caelo.com.br

Nota desta fatura R\$ 1,49 referente a PIS e COFINS.
O Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2015, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

FLS. 14
SECRETARIA DA
2ª VARA CIVIL
J. DO NORTE/CE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 9656 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/06/2016 10:12:33**
Data / Hora da Ocorrência: **23/07/2015 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA LADISLAU ARRUDA CAMPOS**
Complemento: **X RUA JOSÉ MARIA FILOMENA GOME**
Bairro: **ANTÔNIO VIEIRA** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **EMPRESA CAJUINA SÃO GERALDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA**
Nascimento: **12/08/1983** CPF: **046.024.563-59**
RG: **2004034015586** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA**
Endereço: **RUA DAS FLORES, 2104**
Bairro: **JOÃO CABRAL** CEP: **63.051-150**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99886-7483**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENAS COMINADAS AO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME E FALSIDADE IDEOLÓGICA, O(A) DECLARANTE, DRA VÍTIMA, COMPARECEU NESTA 20ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, MUNIDO DE CÓPIAS DOS DOCUMENTOS A SEGUIR RELACIONADOS, OS QUAIS FICARÃO ANEXADOS A 2ª VIA DO PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA: BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - Nº ATENDIMENTO 011507250125 DATADO DE 25.07.2016 ÀS 12:37 HORAS, RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E CRLV DO VEÍCULO, ONDE DECLAROU O SEGUINTE: NO DIA 23.07.2016 POR VOLTA DAS 18:00 HORAS O DECLARANTE/VÍTIMA TRAFEGAVA NA RUA LADISLAU ARRUDA CAMPO, BAIRRO ANTÔNIO VIEIRA, NESTA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE/CE, PILOTANDO O YBR/FACTOR, DE COR PRETA, ANO/MOD. 2009/2010, DE PLACA NUZ8661/CE, RENAVAM 196678404, CHASSI 9C6KE1220A0114956, LICENCIADO EM NOME DE SANTIAGO DE OLIVEIRA. OCORRE QUE, AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM A RUA JOSÉ MARIA FILOMENA GOMES CAIU EM UM BURACO VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E INDO AO SOLO, AFIRMA QUE, SOFREU UMA LESÃO NO PÉ DIREITO, MESMO ASSIM LEVANTOU-SE E FOI PARA CASA. ACRESCENTA QUE, O PÉ FICOU MUITO INCHADO, INDO SOMENTE NO DIA 25.07.2016 A UNIDADE DE PRONTO DE ATENDIMENTO, CONSTATANDO QUE HAVIA UMA FRATURA, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

HAMURABI CARLOS MENDES HONORATO - MAT.: 133985-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luiz Carlos de Oliveira

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 20/06/2016 10:25:52

procurou atendimento 2 dias depois



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Fls. 15
SECRETARIA DA
2ª VARA CIVIL
J. DO NORTE-CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 9656 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

[Handwritten signature]
Humberto Carlos de Oliveira
Delegado de Polícia Civil



Fls. 16
SECRETARIA DA
2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE-CE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Santiago de Oliveira,
RG nº 2006029276136, data de expedição 25/11/06,
Órgão _____, portador do CPF nº 053.409.133-41, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Walter, nº 89,
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 Luiz Carlos de Oliveira, cujo o condutor era
Luiz Carlos de Oliveira.

Veículo: Moto
Modelo: Yamaha/Factor YBR 125 K
Ano: 2009 / 2010
Placa: NUZ 8661
Chassi: 9CGKE1220A0114956
Data do Acidente:
Local e Data: Juazeiro do Norte - 23-07-2015

5º OFÍCIO

Assinatura do Declarante

Luiz Carlos de Oliveira

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Luiz Carlos de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2040340155862 e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.024.563-59, residente e domiciliado na Eng. José Walter, Cidade Juazeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte - CE 23-06-2016

Local e data

Fls. 18
SECRETARIA
2ª VARA
J. DO NORTE-CE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiz Carlos de Oliveira

RG nº 20040340155862, data de expedição / / , Órgão

CPF nº 046.024.563-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Eng. José Walter</u>
Número	<u>89</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Antonio Vieira</u>
Cidade	<u>Quazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(88) 98853 9019 / 3571 6549</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. do Norte - 23-06-2016

Assinatura do Declarante: x Luiz Carlos de Oliveira



JUAZEIRO DO NORTE

Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA

Nome Mãe: SOCORRO DE OLIVEIRA

Data Nascimento: 12/08/1983 Idade Aparente: 31 Sexo: M

Nacionalidade: BRASIL

Endereço: 081 ENGENHEIRO JOSE WALTER,

Bairro: ANTONIO VIEIRA

CEP: 63000000

Data: 25/07/2015 12:37

Nº Atendimento: 011507250125

Cor: PARDA

Nº Cartão SUS:

Telefone: 88

Naturalidade: JUAZEIRO DO NORTE

Nº: 89

Compl.:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Possui Certidão de Nascimento: SIM

UF: CE

Informante

Nome:

Endereço:

Chegou Como: MEIOS PROPRIOS

Telefone:

Grau de Parentesco:

Procedência:

Tipo da Ocorrência:

Classificação de Risco

Nível LÚCIDO

Escala de Dor:

Queixa: Dor no pé direito, queda de moto há 2 dias

Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias

Peso 0,0
(kg):Pressão
ArterialPulso
(bpm):Temp.
(Cº):Freq.
RespSAT.
O2HGT
(mg/dl)

Avaliação:

Classificação
de Risco: Verde

Especialidade: CLÍNICA MÉDICA

Anamnese:

Paciente queixa-se de dor e edema em 5º quirodactilo após trauma há 2 dias (queda de moto). Nega alergia a medicamento e fez uso de paracetamol

Exame Físico

ECT: EGB, normocorada, hidratada, aaa

ME: edema (+/4+) em 5º quirodactilo

Hipótese Diagnóstica:

Fratura de 5º quirodactilo: fratura?

Diagnóstico primário:

Dor em membro

Diagnóstico secundário:

Procedimento Proposto:

medicação, orientação, raio x de pé direito

Reavaliação:

fratura em 5º polidactilo. Solicito imobilização e encaminhamento ao ortopedista - sim -



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
Secretaria Municipal de Saude de Juazeiro do Norte
Unidade de Pronto Atendimento - UPA Juazeiro do Norte

JUAZEIRO DO NORTE

UPA JUAZEIRO DO NORTE

Boletim de Atendimento Médico

20
SECRETARIA DA
2ª VARA
J. DO NORTE-CE

2 / 2

Nome Paciente: LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA

Data Nascimento: 12/08/1983

Idade Aparente: 31 Sexo: M

Data: 25/07/2015 12:37

Nº Atendimento: 011507250125 Nº Cartão SUS:

Procedimentos

♦ ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Evoluções

Atendimento	Data / Hora	Profissional	Clinica
Descrição			

Sinais

Resumo dos Atendimentos

Data / Hora	Profissional	Clinica	Tipo
25/07/2015 14:20	ALANNE ARAUJO LINS	CLINICA MÉDICA	REAValiação
25/07/2015 13:16	ALANNE ARAUJO LINS	CLINICA MÉDICA	INÍCIO DO ATENDIMENTO MÉDICO

Saída do A - Alta por Decisão Médica

Data: 25/07/2015

Hora: 14:20

Destino:

Observação

Médico: ALANNE ARAUJO LINS

CRM: 16074

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo:



Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO

X Lute Carlos de Oliveira

Urologia

2 Furores 3L ———— de
comum de 52 dias por
10 dias.

Retorno 25/08/15

Rp' @ M. oblique

25/07/15

João Lucena
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM: 7634 CRO-CE 21528



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

RECEITUÁRIO

Lute Carlos de Oliveira

Enfermarias

Urologia

Resente, 3L, com fratura
30 dias após trauma (parcial)
há 12 dias.

25 07 15

Dr. Alanne Araújo Lins
CRM: 16074

SECRETARIA DE SAÚDE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Ministério da
Saúde

PARA NÓS É PARA SEMPRE

CENº 8474676205 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO
SANTIAGO DE OLIVEIRA

***** JUAZEIRO DO NORT - CE

CNPJ PLACA
05340913341 NUZ8661

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CENº 8474676205 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2010 25/02/2010

NOME/ENDEREÇO
SANTIAGO DE OLIVEIRA

***** JUAZEIRO DO NORT - CE

VIA CATEGORIA PLACA
01 05340913341 NUZ8661

COD. RENAVAM MARCA/MODELO
186678404 YAMAHA/FACTOR YBR125 K

ANO FAB. CAT. CHASSI
2009 09 906KE1229A0114956

PRÊMIO TRAFEGAN (R\$) ID (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

LOTE/DOC: 88941/40 CNPJ: 09.248.608/0001-04

MOBIL: 63816-114962

OUT-2009

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CENº 8474676205

NOME/ENDEREÇO
SANTIAGO DE OLIVEIRA

***** JUAZEIRO DO NORT - CE

CNPJ PLACA
05340913341 NUZ8661

COD. RENAVAM MARCA/MODELO
186678404 YAMAHA/FACTOR YBR125 K

ANO FAB. CAT. CHASSI
2009 09 906KE1229A0114956

PRÊMIO TRAFEGAN (R\$) ID (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

LOTE/DOC: 88941/40 CNPJ: 09.248.608/0001-04

MOBIL: 63816-114962

OUT-2009

SECRETARIA DE VARIÁVEIS
1. DO REGISTRO



Seguradora Líder - DPVAT

SECRETARIA
1ª VARA CÍVEL
JULIO NORRICE

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2016

Carta nº: 9615297

A/C: LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160519601 ASL-0995887/16
Vitima: LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA
Data Acidente: 23/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

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 o 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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

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

A A A O

Nova Consulta

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.

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente
(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documento Morte
(/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

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

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

SINISTRO 3160519601 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 04602456359

Posição em 09-02-2017 10:24:30

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
☒ Comprovação de ato declaratório	Vítima	Não Conforme	
☒ Comprovante de residência	Beneficiário	Não Conforme	LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA
☒ Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Não Conforme	ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

☒ ATENÇÃO - Clique aqui se o documento pendente for a comprovação de ato declaratório