

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE: NOME:**

Jaqueline Ávila Paiva
 CPF: 916.014.363-00
 Estado Civil: solteira Profissão: autônoma
 Endereço: Vassouras - Boa Vista
 Bairro: Tapera Cidade: Sobral
 Estado: CE Telefones: _____
 CEP: _____

OUTORGADOS: Dr. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro,
advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.292-A e
PHILLIP ERBE PIMENTEL, Bacharel em Direito,
inscrito na OAB/RJ sob o nº. 165.795-E, com escritório
na Avenida Santos Dumont nº. 1.740, Sala 905, Bairro:
Aldeota, Cidade: Fortaleza – CE.

PODERES: Com poderes para o foro em geral, com a cláusula “*ad judicia et extra*” e os especiais, para representar e defender interesses da parte outorgante em **AÇÃO DE COBRANÇA**, a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pela parte outorgante, podendo para tanto, acordar, discordar, transigir, desistir, receber, passar recibo, endossar cheques e dar quitação, enfim, praticar todos os atos necessários ao cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer.

Fortaleza, _____

Jaqueline Ávila Paiva _____

DECLARAÇÃO DE GRATUIDADE

NOME: Jaqueline Airla Paiva
Estado Civil: solteira **Profissão:** autônoma
Endereço: Cassurás - 1300 Juntas
Bairro: Tapera **Cidade:** Sobral
Estado: CE **Telefones:** _____
CEP: _____

DECLARA: para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide que, não possui condições financeiras para arcar com as despesas processuais, estando nas exatas condições da Lei n.º 1.060/50, carecendo da **GRATUIDADE DE JUSTICA**, para representar o declarante em **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pela parte declarante.

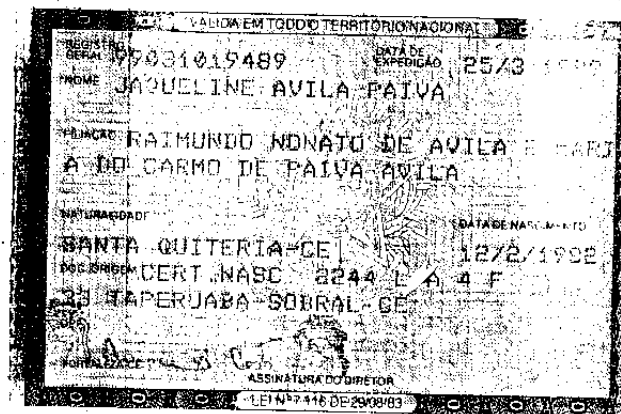
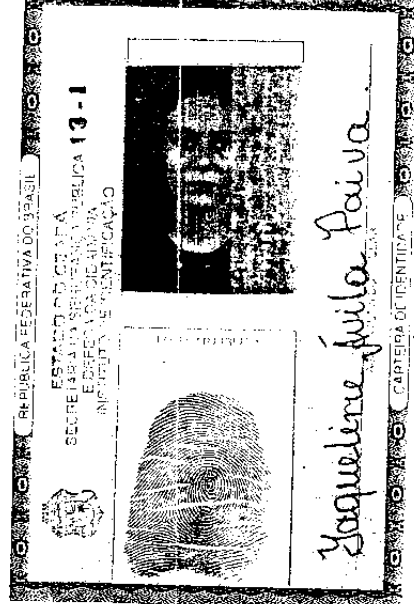
Fortaleza, _____

Jaqueline Airla Paiva

DR. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 21.292-A e PHILLIP ERBE PIMENTEL, Bacharel em Direito, inscrito na OAB/RJ sob o nº 165.795-E, ambos com escritório na Avenida Santos Dumont 1740 Sala 905, Bairro: Aldeota, cidade: Fortaleza - CE **DECLARAM** para todos os fins de direitos, que não estão cobrando antecipadamente honorários advocatícios do declarante acima, na **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, a ser proposta contra quem de direito em razão de acidente de trânsito sofrido, ressalvando-se os honorários de sucumbência e o caso de haver modificação na situação econômica da parte declarante.

Fortaleza, _____

Ciente: Jaqueline Airla Paiva



4895463-2

Para agilizar seu atendimento, entre em contato conosco sempre que entrar em contato conosco.

A Agência Nacional de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 4.438, de 26 de abril de 2002.

CONTÁ DE ENERGIA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota	34 32009 02 19-100 - 8	Data de Emissão	18/06/2014
------	------------------------	-----------------	------------

Nome JAQUELINE AVELL DAIVA

End. Postal RU VASSOURA SOA VISTA 00000
TAPERUAPE - SOBRAL - 62106000

Medicaid 25099003

Poste 0000 0000

Class: 04-RURAL MGNREGS

Fator de Potência 0,00

RG / CFF / CNP# 916014263-000

CGF

Nome do Responsável: _____

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próx. Leitura
Jun/2014	18/06/2014	18/07/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto: 086-088
Mês: 07-2014

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
1.000,00	10%	100,00

Padrao Tinidulal

	Moncal	Tron.	Amal	Moncal	Tron.	Amal
DIC	5.67	11.04	22.67	2.75	2.70	2.70
FIC	3.41	2.85	10.76	4.00	4.00	4.00
DMIC	0.29			1.48		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

$$(\frac{\partial^2 \mathcal{L}}{\partial \mathbf{w}^2})_{\mathbf{w}=\mathbf{w}^*} = \mathbf{H}(\mathbf{w}^*) = \lim_{\mathbf{h} \rightarrow 0} \frac{\mathbf{J}(\mathbf{w}^* + \mathbf{h}) - \mathbf{J}(\mathbf{w}^*)}{\mathbf{h}}$$
INFORMACOES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Ent. Atm. I	Ent. Anterior	Cons.	Consumo (kWh)	Costo Incl.	Costo. Fija	Tarifa (RS/kWh)	Valor (RS)
4277	4081	1.96	174	0.66	174	0.25175	43.82
28-05-14	26-05-14		26-05-14		174		43.82

DESTRICAÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 03/2014
JUROS DO MES
INDENIZACAO MENSAL FIC

VALOR (R\$)

45,37
0,46
0,01
-0,45

LOTERIA LOIOLA
23 JUL 2011
0801014200

VENCIMENTO 18/07/2014

TOTAL A
PAGAR (R\$)

45,39

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

importante

2019年12月15日 星期一 12:15:15
 2019年12月15日 星期一 12:15:15

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jaqueline Ávila Paiva,

RG nº 99011019489, data de expedição 25/ 03/ 99 Órgão SSP RJ

CPF nº 916.014.362-00, 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)	Vassouras-Bo. Vista.
Número	S/N.
Apto / Complemento	
Bairro	Imperatriz - Distrito.
Cidade	Sobral.
Estado	Ceará.
CEP	62106-000
Telefone de Contato	(82) 9605-0012 - 9677-1531
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sobral-RJ, 25 de Janeiro de 2014.

Assinatura do Declarante: Jaqueline Ávila Paiva



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



fls. 11

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 6172 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/08/2014 10:56:24**
Data / Hora da Ocorrência: **18/02/2014 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE VASSOURAS**

NAO INFORMADO SOBRAL /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JAQUELINE AVILA PAIVA**
Nascimento: **12/02/1982**
RG: **99031019489** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:
Filiação: **RAIMUNDO NONATO DE AVILA**
MARIA DO CARMO DE PAIVA AVILA
Endereço: **R BOA VISTA**
TAPERUABA
SOBRAL CE BRASIL Telefone:

Histórico

Informa a registrante que foi vítima de um acidente de trânsito, no dia e na hora, acima mencionados, quando pilotava a motocicleta HONDA/CG 125 FAN, PLACA: HXV-0316, COR: PRETA, ANO/MODELO: 2008, CHASSI: 9C2IC30708R619752, LICENCIADA EM NOME DE MARCELO BEZERRA MESQUITA; Que voltava do distrito de Tapera, indo para Boa Vista, quando na localidade de Vassouras, um veículo PÁLIO de cor prata trafegava na frente da registrante e na mesma mão de direção, quando deu sinal para adentrar na outra via, momento em que a registrante não conseguiu frear sua moto e por estar muito próximo do carro, acabou colidindo na traseira do veículo e caindo ao solo. Que foi socorrida por populares até a Unidade de Saúde de Tapera, sendo transferida em seguida para a Santa Casa de Sobral. E nada mais disse.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANTÔNIO VIANA BARBOSA JÚNIOR - MAT.: 133968-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Jaqueline Avila Paiva**

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCILIANO DE OLIVEIRA RIBEIRO - MAT.: 198753-1-8



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Aten: 3723979 Dt. Atende: 18/02/2014 - 19:16
 Reg.: 011.011.0001/2014 de Rec: 12/02/1992
 Nome: JACQUELINE AVILA PAIVA
 End.: RUA BOA VISTA 0
 TAPERUABA: SOBRAL-CE: CEP: 62106000

ATENDIMENTO: ADULTO ☒ PEDIÁTRICO ☐ CIRÚRGICO ☐

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ *maior* HORA DA CLASSIFICAÇÃO: *19:10*

PROCEDÊNCIA: *Traumática*

☒ PROCUROU PSF: SIM ☒

CAUSAS: ☒ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐ CAUSAS: ☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

CONFERIDO
Técnico em Auditoria

CONFERE COMO ORIGINAL
Andréia R. Mont
 Coordenadora

☐ CARRO
☐ DEAMBULANDO
☐ OUTRAS AMBULANCIAS
☐ MOTO, BICICLETA...

HDA DO ACOLHIMENTO:

Paciente vítima de colisão moto carro com
queixa de dor mais trauma em joelho e

PA: *130/80* PULSO: _____ FR: _____ TEMP.: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento
☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde? *rua*
☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos farmacêuticos
☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☒ Moto: ☒ com capacete ☐ sem capacete
☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico
☐ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

☐ Domicílio ☒ Via Pública ☐ Escola ☐ Outros

1.00.4950



Casa de Misericórdia de Sobral
 Rua do Carmo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-100
LEITOS DE OBSERVAÇÃO

DIGITADO
 HSE 24 Ass: *[Signature]*

Diagnóstico: 101172

[illegible]

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

*Dr. André Vitor de que
Vivo sobre trauma
Ass. Placido*

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Dr. Andy Rocha de Oliveira
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 2411 CPF: 370.742.007-22

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OPTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS
☐ TRANSFERÊNCIA

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: _____

Santa Casa de La...
 Conselho de...
 André R. Montenegro
 Coordenador



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

fls. 17

Atendi: 3754002 Dt. Atendes: 27/03/2014 - 09:17
Reg.: 441 Dt. Reg.: 27/03/2014 Dt. Nasc.: 12/02/1982
Nome: JACQUELINE AVILA PAIVA
End.: RUA BOA VISTA 100
VASSOURAS: TAPEIRUBA-CE: CEP: 62104000

ATENDIMENTO: ADULTO ☐

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☐

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

☐ ENCAMINHADO

☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA

☐ NÃO TINHA MÉDICO

☐ POSTO ESTAVA FECHADO

☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS:

☐ NÃO É EFICIENTE

☐ É LONGE DE CASA

☐ NUNCA TEM MÉDICO

☐ TEM PLANO DE SAÚDE

☐ SAMU

☐ CARRO

☐ DEAMBULANDO

☐ OUTRAS AMBULANCIAS

☐ MOTO, BICICLETA...

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

CONFERE COMO ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
Coordenadora

HDA DO ACOLHIMENTO: _____

PA: _____ / _____ PULSO: _____ FR: _____ TEMP.: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

☐ Acidente c/ objetos corto-contusos

☐ Acidente por arma de fogo

☐ Afogamento

☐ Choque elétrico

☐ Queda. De onde? _____

☐ Ingestão accidental: ☐ Corpo estranho

☐ Produto químicos farmacêuticos

☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau

☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico

☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto

☐ Bicicleta ☐ Outros

☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto

☐ Moto: ☐ com capacete ☐ sem capacete

☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico

☐ Selvagem ☐ Ofídico

☐ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

☐ Domicílio

☐ Via Pública

☐ Escola

☐ Outros

Gráfica CLEIDE - 3611.3723

COD. 4958

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Internação Hospitalar

Anamnese de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 410772

Paciente: JAQUELINE AVILA RAIVA

CPF: 91601436300

Sexo: Feminino

Qt. Nasco: 12/02/1992

Idade: 32a 0m 23d

Mãe: MARIA DO CARMO DE PAIVA AVILA

Pai: RAIMUNDO NONATO DE AVILA

Cor: Farda

E.Civil: SOLTEIRO

Grau de Instrução: NÍVEL SUPERIOR INCOMPLETO

Endereço: RUA BOA VISTA, 100

Bairro: VASSOURAS

Cep: 82106000

Cidade: TAPERUABA

UF: CE

Fone:

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

Endereço:

Documento:

Fone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 5738071

Atendente: WELLINGTON

Data: 07/03/2014

Hora: 19:13

Procedimento: 52140253 - FRATURA DA TÍBIA ASSOCIADA OU NÃO A DA FIBULA - TRATAMENTO

Médico: JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR

Unidade: UI DOM WALFRIDO POSTO E

Leito: LEITO 203-2

Convênio: PREF. MUNICIPAL DE SOBRAL

Plano: BÁSICO

Carteira:

N. Guia:

Original
 Confere-se
 Andréa R. Montenegro
 Coordenadora

PERMANÊNCIA
 VÁLIDA ATÉ
 12/11/14

MARCELO BEZERRA MESQUITA

Assinatura do Paciente ou Responsável

Outras Observações:

PREFEITURA DE SOBRAL ANEXO 237541

ENFERMAGEM

UI Dom Walfrido Posto 2

AUTORIZADO
 PROCEDIMENTO

Atendimento: 3738071

Dt Atendimento: 07/03/2014 - 19:13

Dt Alta: 10/03/2014 - 18:25

Paciente: 410772 JAQUELINE AVILA PAIVA

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA

Convênio: 44 PREF MUNICIPAL DE SOBRAL

Leito: 1467 LEITO 203-2

Plano: 1 BASICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

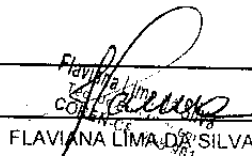
Usuário: FLAVIANA

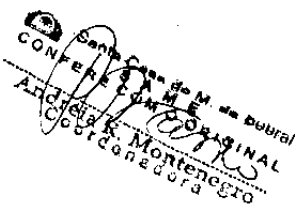
CID: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento de Alta 52140253 - FRATURA DA TIBIA ASSOCIADA OU NAO A DA FIBULA - TRATAMENTO

Observação de Alta


FLAVIANA LIMA DA SILVA


CONFERE COM O ORIGINAL
Arlete R. Montenegro
Coordenadora



HOSPITAL
DOM WALFRIDO

CHECK LISTA DE PACIENTES PRÉ- OPERATÓRIOS
DOM WALFRIDO BLOCO "B"

1-EXAMES LABORATÓRIAS

() SIM _____
(X) NÃO _____

2-ALÉRGICO A ALGUMA MEDICAÇÃO

() SIM _____
(X) NÃO _____

3-DOENÇA PRÉ EXISTENTES

() SIM _____
(X) NÃO _____

4-RETIRADOS ADORNOS

(X) SIM _____
() NÃO _____

5-TRICOTOMIA

() SIM _____
(X) NÃO _____

CONFIRMAÇÃO DA M. do Cobral
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Angela S. Montenegro
Coordenadora S.O.

6-PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Fratura de Tíbia

7-AVISO CIRÚRGICO

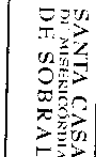
237541

8-MÉDICO

Dr. Henrique

Dr. Carlos Rocha Ferreira
Técnica de Anestesia
Coordenador

9-RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
CONTROLE DE MEDICAMENTOS E MATERIAS

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA	
PROFISSIONAL: -	
NOME: <u>Yagueline Carila Pereira</u>	Nº PRONTUÁRIO <u>44572</u>
SETOR: <u>D.W. B</u>	ENFERMARIA: <u>203 -</u> LEITO: <u>2</u>
DATA	
02/07/14	Exame f. físico de pulmões completo e m. p. e m. p. de g. p. r.
08/07/14	Exame f. físico de pulmões de pulmões de pulmões e de pulmões e m. p. e m. p. de g. p. r.
09/07/14	Exame f. físico de pulmões de pulmões de pulmões e de pulmões e m. p. e m. p. de g. p. r.
10/07/14	Exame f. físico de pulmões de pulmões de pulmões e de pulmões e m. p. e m. p. de g. p. r.



SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



fls. 23

ATENÇÃO: Preencher este formulário
com o nome completo do paciente e o
nome do responsável legal, bem como
o endereço completo e o telefone de
contato. Preencher também o
motivo da admissão e o tempo de
duração da doença.

15-11-2014 10:00

QP:

HDA:

paciente com dor de dente inferior
dentado a dor de dente inferior

EXAME FÍSICO:

Dr. Thiago Mouta Alvarado L. Parente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12194 - CPF 641.343.503-87

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura de Dente Inferior

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO FINAL:

DATA: 07/05/14

Hora:

Ass./CRM:

Dr. Thiago Mouta Alvarado L. Parente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12194 - CPF 641.343.503-87

COD. 125

Dr. Edson Lopes
CRMEC 5568
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. Hernani Campos
CRMEC 4920
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. Marcelo Moreira
CRMEC 8843-E
FISIOTERAPIA

Dr. Silvana Rocha
CRMEC 6482-F
FISIOTERAPIA

LADO
MÉDICO

RELATO QUE TRAVE-
LINA SILVA PAIVA
JOHN EU ACIDENTE
DE TRÂNSITO OCORRI-
DO NO DIA 18/02/14
COM FRATURA DE
TALÃO E FIBULA
COMPLÉXICA COM
PLACA + PARAFUSO A -

Ortopedia - Imagem - Fisioterapia

MULTIMED

Av. Dom José, 516 • Centro • Sobral • Ceará
CEP: 62.010-290 • C.N.P.J.: 02.212.051/0001-02

(88) 3611.5233

[Ir para conteúdo principal](#)

Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Imprensa](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

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 até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 2014725929 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JAQUELINE AVILA PAIVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

REGULADORA COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

BENEFICIÁRIO JAQUELINE AVILA PAIVA

CPF/CNPJ: 91601436300

Posição em 17-11-2014 10:02:47

Indenização creditada em 03/10/2014, no valor de R\$ 7.087,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
03/10/2014	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50