



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Jose Wellington da Silva Souza</u>		Data Nasc: <u>01.09.73</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agente</u>	Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
RG: <u>3288593198</u>	CPF: <u>000.051.823-95</u>	
Endereço: <u>Boa Grande 63</u>		
Cidade: <u>Quelândia - CE</u>		CEP: <u>63.200.000</u>

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 23 de Janeiro de 2019.

Wendemberg Pereira Aguiar
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Jose wilmington da Silva Souza, residente e
domiciliado na Boa Grande, nº 63,
bairro: _____, na cidade de Quixadá, portador(a) do
RG nº 3288593198, inscrito(a) no CPF nº 000.051.823-95,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 23 de Janeiro de 20 19.

Lindemberg G. Ferreira Azevedo
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Sr(a) Jose Wellington da Silva Souza Pela presente, o (a) Jose Wellington da Silva Souza Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 23 de Janeiro 2019.



Uindembeng Ferreira Aires

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Wellington da Silva Souza, brasi
leiro(a), solteiro, agricultor, portador(a) de cédula
de identidade nº. 3288593/98, inscrito(a) no CPF sob o
nº 000.051.823-95, DECLARO que tenho domicilio e sou
residente na Boa Grande, 63, nº 63,
Bairro _____, CEP: 63200-000 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 23 de Janeiro 2019.

Lindemberg Feneira Aires

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº :

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



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

Impresso nº 2018123160

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2668 / 2018



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/06/2018 13:11:21**
Data / Hora da Ocorrência: **29/01/2018 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TRIANGULO DA VARJOTA**
Complemento:
Bairro: Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUSA**
Nascimento: **01/09/1978** CPF:
RG: **328859398** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA SOUZA**
JOSE AIRTON PINHEIRO DE SOUZA
Endereço: **VIA SALGADO**
Bairro: **ZONA RURAL DANIEL DE QUEIROZ**
Município: **QUIXADA/CE**
País: **BRASIL**

RECEBUE DE SINISTROS
OPVAT
UF: **CE**

17 OUT 2018

CEP: 300-000

Telefone: **(88) 98822-5748**

Histórico

Que no dia e hora acima citados conduzia a motocicleta(Honda CG 150 TITAN MIX KS ,2009/2009, COR VERMELHA , CHASSI 9C2KC1609R015504, LICENCIADO EM NOME DE ANTONIO ALESSANDRO DA SILVA SOUZA) quando perdeu o controle da referida motocicleta por conta de uma colisão uma Topic que faz o trajeto para a cidade de Choró; Que o declarante informa que com o impacto foi levado para o Hospital Eudázio Barroso em Quixadá , mas por conta dos ferimentos foi levado para o IJF na cidade de Fortaleza onde veio a se submeter a uma cirurgia no Braço direito; Que o noticiante ficou internado por dois meses e vinte dias tendo alta médica em seguida para recuperar em casa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

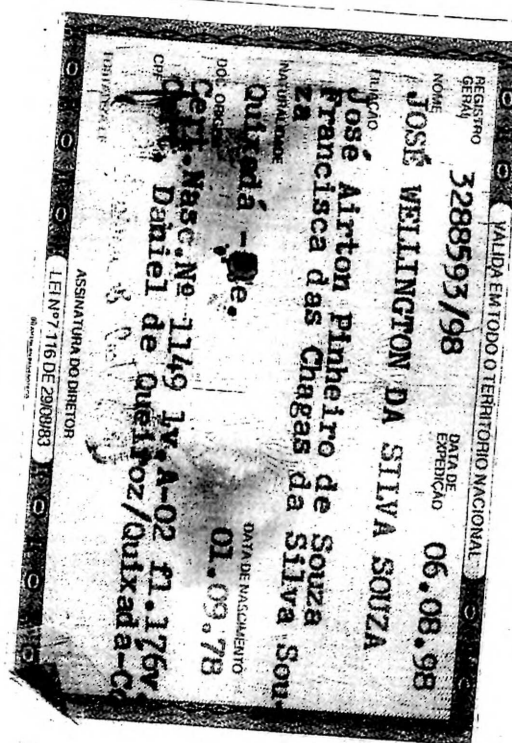
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
000.051.823-95

Nome
JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

Nascimento
01/09/1978

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

17 OUT 2018

**CARTÓRIO BEZERRA**

CNPJ/MF 23.445.034/0001-95

Quixadá - CE - 1 OFÍCIO - Serventia Extrajudicial

17 OUT 2018

MARLEIBA VANUZA VIANA SILVA

Tabellã e Registradora

EDUARDO TERCIO VIANA BEZERRA**MARIA GLÁUCIA CUNHA DE OLIVEIRA**

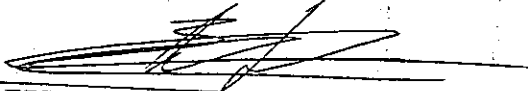
Substitutos

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS, NOTAS, DISTRIBUIÇÃO, PROTESTOS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que fazem: JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA como **OUTORGANTE** e LINDEMBERG FERREIRA AIRES como **OUTORGADO**.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que a(os) 04 dia(s) do mês de outubro do ano de 2018, nesta cidade de Quixadá, Estado do Ceará, neste cartório, perante mim Substituto compareceu como **OUTORGANTE** JOSÉ WELLINGTON DA SILVA SOUZA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Identidade RG: 3288593-98 SSPDS-CE e CPF: 000.051.823-95, residente e domiciliado na localidade de Vila Salgado, Zona Rural, Daniel de Queiroz, Quixadá - CE, reconhecido como o próprio por mim Notário Substituto pelos documentos originais a mim apresentados, bem como, reconheço a capacidade para o ato pelas respostas dadas às perguntas que lhe fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui como **PROCURADOR** LINDEMBERG FERREIRA AIRES, brasileiro, casado, empresário, portador da CNH: 04966301003 DETRAN-CE, onde consta a Identidade RG: 2004024007408 SSPDS-CE e CPF: 037.399.243-22, residente e domiciliado na Travessa João Candido de Sousa, 77, Planalto Universitário, Quixadá - CE, a quem concede **PODERES** amplos, gerais e ilimitados especialmente para praticar os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para recebimento, preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de Pagamento crédito/indenização do seguro DPVAT, comprovante de residência, laudo médico, declaração de único herdeiro, declaração de ausência do Instituto Médico Legal - IML, podendo solicitar devolução e cancelamento de sinistro em qualquer Seguradora e assinar toda e qualquer documentação necessária, constituir advogados com a cláusula "ad judicium", para propor contra quem de direito as ações competentes, defendendo-o(a) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, interpondo os recursos cabíveis, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordo, substabelecendo esta em outrem, com ou sem reserva de poderes. O que tudo dará(ão) por bom, firme e valioso, como se por ele(a) (s) próprio(a) (s) fora feito.. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Dispensado o comparecimento de testemunhas a este ato, conforme faculta o Art. 215, § 5º do Código Civil Brasileiro As: a rogo pelo outorgante, por ser analfabeto, FRANCISCO EDUILIO DA SILVA SOUZA, portador da CNH: 07097156884 DETRAN-CE, onde consta a Identidade RG: 20090451923 SSPDS-CE e CPF: 002.962.613-78. Eu EDUARDO TERCIO VIANA BEZERRA, Notário Substituto, subscrevo _____ e

assinado em público e raso com sinal que uso. Em testemunho da verdade.
Dou fé. Quixadá, 04 de outubro de 2018. Está conforme o original.
Trasladada hoje.


EDUARDO TERCIO VIANA BEZERRA
Notário Substituto



CARTORIO BEZERRA 1º OFÍCIO
Marleiba Vanuzza Viana Silva - Titular
Eduardo Tercio Viana Bezerra - Substituto-AD 403233

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
COM PROVA VERIFICADA

17 OUT 2018

Seguradora S/A
R. Lus. 300 - Loja 147
Fortaleza / CE

TRIBUNAL DE JUSTIÇA - TJ-CE	
EMOLUMENTOS	37,24
ISS	1,88
FERMOJU	4,09
Selo	7,88
FAADEP	1,85
FRMP	1,85
MfIm/Baix	0,00
TOTAL	54,89
SL	

Rua Francisco Enéas de Lima, 1845, Centro - Quixadá - Ceará - Fone: 88 3412-0491 / E-MAIL
cart.bezerra@gmail.com

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Protocolado em 18/06/2019 às 11:37, sob o número 01435297120198060001
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, Protocolado em 18/06/2019 às 11:37, sob o número 01435297120198060001



SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - SISAR

RUA JOSE JUCA, 270 - CENTRO

QUIXADA - CE - CEP: 63.900-085

C.N.P.J.: 04.715.088/0001-89 - Fone: (88) 3412-0763

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

ASSOCIAÇÃO

ASSOCIACAO COMUNITARIA DE CROA GRANDE

CNPJ

01.568.259/0001-04

INSCRIÇÃO

CLS TAR

ECONOMIAS

NF / CONTA

EMIÇÃO

MES/FAT

0017785.7

PAR

R-1

RES

COM

IND

PUB

OUT

180082213

30/05/18

MAI/2018

JOSE AIRTON PINHEIRO DE SOUZA

CROA GRANDE, 63

CROA GRANDE

QUIXADA

ENDEREÇO DE ENTREGA

CEP: 63.200-000

LOCALIZAÇÃO

00.13.13.0000000000

LOCALIZAÇÃO

ÚLTIMOS CONSUMOS				SERVIÇOS E TARIFAS			
MES	FAT	CONS	OCO	DC	COD	DESCRIÇÃO	PREST.
MAI/18	10	000	30	10	001	AGUA	11,50
ABR/18	11	000	031	11	016	Multa por Atraso - 02/2018	0,47
MAR/18	10	000	028	10	017	Encargos (02/2018) 57 dias	0,57
FEV/18	11	000	033	11	029	OPERADOR	5,00
JAN/18	10	000	029	10	030	ENERGIA	7,18
DEZ/17	10	000	030	10	031	TAXA ADMINISTRATIVA	1,00
NOV/17	15	000	000	15			
MÉDIA				00011			

HIDROMETRIA

HIDRÔMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT. ANT.	DT. LEITURA	LEIT. ATUAL	DT. LEITURA	CONSUMO DIAS/CONSUMO	OCO	LEITURISTA
A14F425614	**/**/**	0460	17/04/18	0460	17/05/18	0010	30	000

OBSERVAÇÕES

PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Reservatório: Período:
 Parâmetros: pH: Cloro: Turbidez: Ecoli: Col. Totais:
 Padrão: 6,0 a 9,5 até 5,0 mg/l até 5UT Ausente Ausente
 Obtidos:
 Qtd. Análise:

MENSAGENS

Prezado usuário, informamos que conforme acordado em assembleia geral ordinária realizada no dia 14 de Março de 2018 a tarifa foi reajustada em 6,5% a ser cobrada a partir do mês de Abril.
 Tel: (88) 3412-0763 / (88) 9.9982-0208 / (88) 9.9207-2998
 WhatsApp: (88) 9.9954-4116. site: www.sisarquixada.com.br

MULTA 2% 0,51 ENCARGOS DIÁRIOS 0,03% 0,01 MESES EM DÉBITO

VENCIMENTO

10/06/2018

VALOR R\$

25,72

CONSUMIDOR

SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - SISAR

NOME: JOSE AIRTON PINHEIRO DE SOUZA

LOCALIZAÇÃO:

SEQ.: 86

END: CROA GRANDE, 63 - CROA GRANDE

00.13.13.0000000000

INSCRIÇÃO

MÊS FAT:

NF / CONTA

VENCIMENTO

VALOR

0017785.7

MAI/2018

180082213

10/06/2018 25,72

0017785.05.18.180082213

82600000000.8 25721247001.3 77850518180.1 08221300002.7

SISAR

NÃO RASURE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



PAGAMENTO DE SINISTROS

17 OUT 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 29/01/18 Horário: 13:40 Nº 010-574

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Wellington da Silva Sousa
Estado Civil: solteiro Sexo: M
Idade: 39 anos Data de Nascimento: 01/09/78

SUS: _____

Naturalidade: Quixadá Profissão: agricultor

Residência: Sítio Salgado Bairro: _____

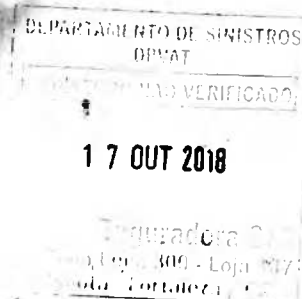
2. Diagnóstico: Daniel de Jesus

3. Procedimento:

*Pericuto primo de acidente
motorista e trauma contuso em
região do ombro*

Dr. Pontes Neto
CRM 11400
CPF 952.517.83-91
Diretor Clínico

Assinatura / Carimbo Médico



No. HOSPGESTOR: 37027

LEITO: 2113

NOME: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

DATA DE INTERNACAO: 29/ 01/ 2018

DATA DA ALTA: //

BE/PRONT: 5548075

CIDADE DE ORIGEM: QUIXADA

NASCIMENTO: 01091978

IDADE: 39

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (CONSERVADOR)

1. SINTOMÁTICOS 2. MANTER TIPOIA TIRACOLO PALMAR DIREITA
CONDUTAS E CUIDADOS POS- 3. RETORNO 45 DIAS AMBULATORIAL 4. ORIENTAÇÕES GERAIS 5.
OPERATORIOS: NEUROCIRURGIA 30/03/18 FISIOTERAPIA , ENMG, RM COLUNA
CERVICAL, ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DR FLÁVIO LEITÃO

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: SALES

RESIDENTE DO LEITO: CARLOS TAIRO

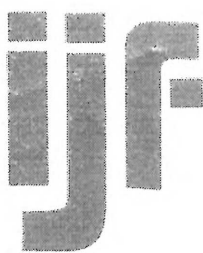


Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
Tairo Diogenes Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15555 Retornar dia: <u>45 Dias</u> Hora: _____ para Dr. <u>Sales</u>								
Ass.: _____ Data: <u>02/04/18</u> Imprimir _____								

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

17 OUT 2018



AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA – INSTITUTO DR. JOSE FROTA

ENCAMINHO

AO AMBULATORIO DE MICROCIRURGIA (CIRURGIA DA MÃO) DO HUWC

**PCTE APRESENTA LESÃO COMPLETA DO PLEXO BRAQUIAL DIREITO APÓS ACIDENTE.
NECESSITA AVALIAÇÃO E CONDUTA.**

CID-10: S82 + S62 + S42.9 + S54.0

FORTALEZA, 23 DE AGOSTO DE 2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DSMAT

17 OUT 2018


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ortopedia

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA		
LEITO:	2113		
DATA DE INTERNACAO:	29 01 2018	DATA DA ALTA:	//
BE/PRONT:	5548075	CIDADE DE ORIGEM:	QUIXADA
IDADE:	39		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL ESQ (CONSERVADOR)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. SINTOMÁTICOS 2. MANTER TIPOIA TIRACOLO PALMAR DIREITA 3. RETORNO 45 DIAS AMBULATORIAL 4. ORIENTAÇÕES GERAIS 5. NEUROCIRURGIA 30/03/18 FISIOTERAPIA, ENMG, RM COLUNA CERVICAL, ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DR FLÁVIO LEITÃO		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	SALES		
RESIDENTE DO LEITO:	CARLOS TAIRO		

Ass: 	Retornar dia: <u>45 Dias</u> Hora: _____ para Dr. _____
	Data: <u>02/04/18</u>
	Dispensa do trabalho por : <u>45 dias</u>

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 OPVAT

17 OUT 2018



ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDA, CLAVICULA ESQUERDA, ESCAPULA DIREITA E PUNHO DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA. APRESENTA LESÃO COMPLETA DO PLEXO BRAQUIAL DIREITO COM DEBILIDADE FUNCIONAL IMPORTANTE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

DEVE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

AO SETOR DE PERICIAS.

CID: S82 + S62 + S42.9 + S54.0

23/08/18 FORTALEZA,

23/08/18

Relatório Médico

PACIENTE:

Jose Wellington da Silva Souza

Anamnese:

Esta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial por acidente motociclistico em 29.01.18. Imediatamente depois o paciente **apresentou** ausência dos **movimentos** do braço D. Como trauma associado houve fratura de clavícula, trauma de torax. Refere dor intensa
Procurou-nos para esclarecimento diagnostico e terapeutico

Exame Fisico

PLEGIA DO MSE, com anestesia de todas as raizes do plexo braquial exceto no territorio de C5.

Metodo Complementar:

ENMG dos MMSS mostra lesao completa do plexo braquial

CONDUTA:

Fisioterapia, encaminhamos ao especialista em dor.

Trata-se de lesão grave e completa do plexo braquial. As lesões tratadas acima de 06 meses têm o prognostico reservado e a chance de não recuperar os movimentos perdidos, aumentam. Por esta razão sugerimos cirurgia – microcirurgia do plexo braquial, o mais breve possível.

O PACIENTE SOLICITOU E AUTORIZOU AS INFORMAÇÕES DESSE RELATORIO.

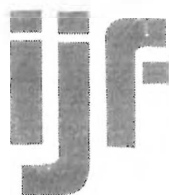
Fortaleza, 26 de julho de 2018

Flavio Leitão Filho



Dr. Flávio Leitão Filho
Neurocirurgia
CRM 6373-RQE 8025
CPF: 389.001.733-91

17 OUT 2018



**AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA
INSTITUTO DR JOSE FROTA**

NOME: JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

SOLICITO

1. Fisioterapia motora -----30 sessões

HD : FRATURA DO PLANALTO TIBIAL E + FX DO PUNHO D + FX ESCAPULA D

ANALGESIA

GANHO DE ADM

FORTALECIMENTO MUSCULAR

23/08/18





Buscar no site



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

(/Pages A A 0)

/Acessibilidade.aspx)

(/Pages

/Atalhos-de-

Teclado.aspx)

COMO PAGAR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas

Médicas (/Pages

/Documentacao-

Despesas-

Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente (/Pages

/Documentacao-

Invalidez-

Permanente.aspx)

Documentos Morte

(/Pages

/Documentacao-

Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-

Indispensaveis-Para-

Pedir-

a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada por parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação.

SINISTRO 3180488662 - Resultado de consulta por

VÍTIMA JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

BENEFICIÁRIO JOSE WELLINGTON DA SILVA SOUZA

CPF/CNPJ: 00005182395

Posição em 18-12-2018 17:42:23

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações /Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx) e nos envie um e-mail com você para informar a situação do seu pedido de indenização

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Val
19/12/2018	R\$ 11.812,50	R\$ 0,00	R\$

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages

/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos

Efetuados (/Pages

/Consulta-

a-Pagamentos-

Efetuados.aspx)

Informações Gerais

(/Pages/Informacoes-

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/12/2018	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br/xMqX+tz8OpPyQXm+kMXmDtyWk5B/1b11n01kmpM0d57EVM0h0a/00+PBE00)