

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11605521

A/C: ANGELA MARIA LIMA SANTANA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477553 ASL-0335416/17
Vitima: ANGELA MARIA LIMA SANTANA
Data Acidente: 17/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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,

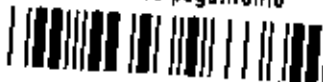
Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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, ANGELA MARIA LIMA SANTANAPORTADOR(A) DO RG Nº 05780119850EXPEDIDO POR DETRAN - PBEM 29 / 09 / 14CPF 000015096494 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Receita

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANGELA MARIA LIMA SANTANA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, MF (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 de até R\$ 2.000,00;
- 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 RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scaneada colorida, 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0037 Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

00013

13844-2

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.

João Pessoa, 14 de Agosto de 2014

LOCAL E DATA

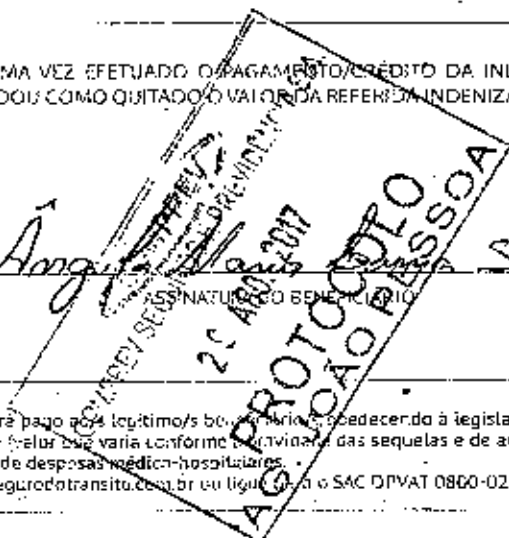
Angela Maria Lima Santana

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários de acordo com a 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 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.







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01448.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01448.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:57 horas do dia 14 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Angela Maria Lima Santana, CNH nº 05780119850, CPF nº 000.150.464-94, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria das Neves Lima de Melo e Euclides Pereira Santana, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 14/06/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Desembargador Arquimedes, Nº 366, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Padaria Nossa Senhora dos Prazeres, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98885-6385.

Dados do(s) Fatos:

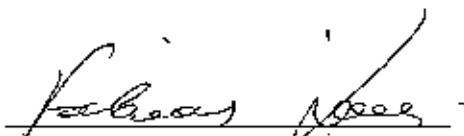
Local: Rua São Benedito, Mercadinho São Benedito, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/11/16 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

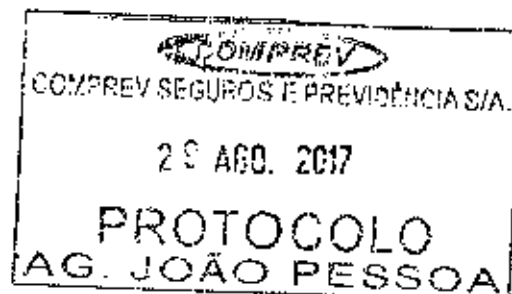
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 FAN ESI, COR AZUL, ANO 2012/2012, PLACA QEE3944/PB, CHASSI 9C2KC1670DR426859, DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE, quando colidiu na parte direita de um VEÍCULO PRETO não identificado, o qual cruzou à sua frente; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0909/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 10.07.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira para onde foi socorrida pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de agosto de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ANGELA MARIA LIMA SANTANA
Noticiante



Procedimento Policial: 01448.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANGELA MARIA LIMA SANTANA, portador da carteira de identidade nº 05780119850, e inscrito no CPF/MF sob o nº 000.50.464-94, residente e domiciliado na RUA DES. AROVIMEDES, N.º 366, CRUZ DAS ALMAS, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PARANÁ, 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.

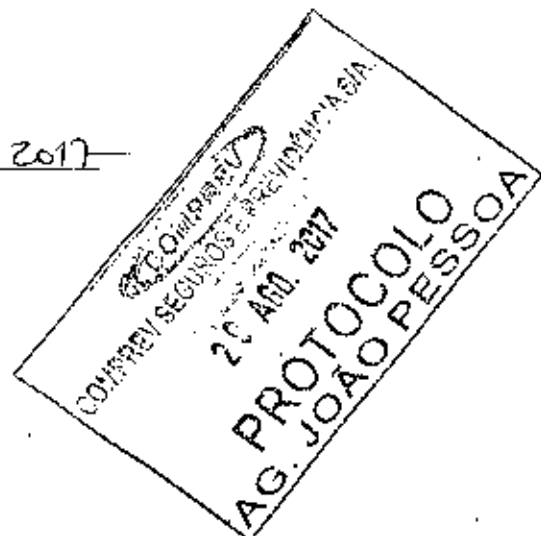
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Angela Maria Lima Santana

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 14 de Agosto de 2017

Local e data



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

(ATO DECLARATÓRIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 708/047, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1503655, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ANGELA MARIA LIMA SANTANA** idade 41 anos, vítima de **Acidente de Trânsito** (Colisão carro x moto) no dia 17/11/2016, na Rua São Benedito, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 14:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Agosto de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
SAMU 192
CRE/SAMU 192: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO
20 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANGELA MARIA LIMA SANTANARG nº 0580119850, data de expedição 04/09/17, Órgão DETRAN-PB

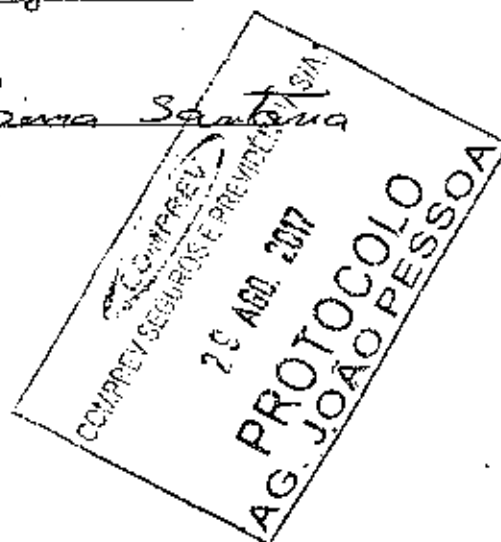
CPF nº 080.150.464-99, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA RES. ARQUIMEDES</u>
Número	<u>366</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CRUZ DAS ARMAS</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58086-080</u>
Telefone de Contato	<u>83 98630-1130</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 14 de Agosto de 2017

Assinatura do Declarante:

Angela Maria Lima Santana



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP 58 015-570 - CNPJ 09.123.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
ENTRE EM ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

552780

REFERÊNCIA

AGO/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

VALDILAIDE DA S. RODRIGUE
RUA DES ARQUIMEDES 366

CRUZ DAS ARMAS

58086-080

JOÃO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outras	
001.15.045.0609	0	1	0	0	0	552780
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A01A206011	25/09/2001	6	LIGADO	POTENCIAL		

INTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA
 711 711 0 29 09/09/2017
 HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-III.

EV/2017	6	42	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2017	6	42	COR	77	103	103
BR/2017	6	42	CLORO	294	294	294
AI/2017	5	42	TURBIDEZ	294	294	294
JN/2017	6	42	COL. TOTAIS	294	294	294
JL/2017	6	42	COL. TERMOT	0	0	0
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A JUN			

DATA DA LEITURA: 11/08/2017

INSCRIÇÃO

SIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m

7 JUROS DE MORA

0 NOME E ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO

HORA DA LEITURA: 21:00
VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL (R\$)

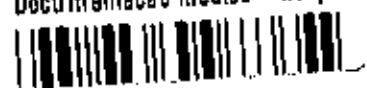
36,84

R\$ 56,84

R\$ 0,00

R\$ 56,84

Documentação médico-hospitalar



CERTIDÃO

Nº. 0909/2017

Atendendo solicitação de DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento Nº 905770 e prontuário nº 2015.12.000875 pertencente a **ANGELA MARIA LIMA SANTANA** que foi atendida dia 17/11/2016 às 15H32min, paciente vítima de queda de moto, refere dor em membro superior esquerdo.

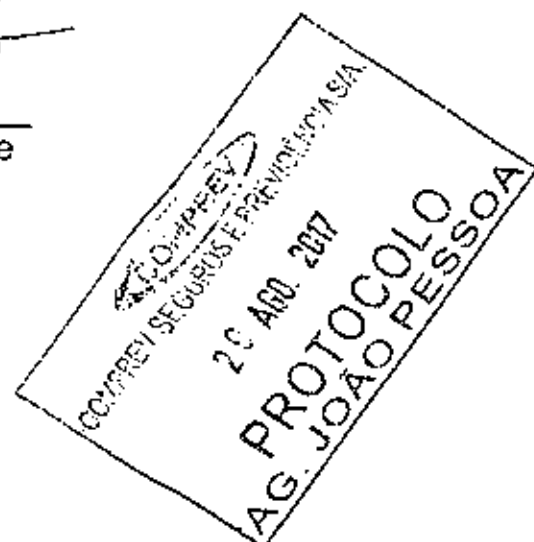
Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 1/3 distal de rádio esquerdo. Realizado cirurgia dia 23/11/16 e alta médica dia 24/11/16.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de julho de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



CORRATORIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CLINICA HOSPITALAR MANGABETRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 905770 Atd: Nao Regula
Data: 17/11/2016
Hora: 15:32:59
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAI
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANGELA MARIA LIMA SANTANA

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2015.12.000875

CNS: 125329601770002 Sexo: F IDENTIDADE: 1820605 Fone: 88856385

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/06/1976 Id: 40 ano(s)

End.: RUA/ DESEMBARGADO ARQUIMEDES, 366

Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: EUCLIDES PEREIRA SANTANA

Mae: MARTA DAS NEVES LIMA DE MELO

Ocupação: SEGURANCA

INFORMACOES DE ENTRADA

Emp: TIA MARIA DO SOCORRO

Emp/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO CRUZ DAS ARMAS

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: SIC: COLISAO CARRO COM MOTO PROXIMO AO MERCADINHO

Vitima de violencia por: SAO BENEDITO AS 15HRS *CONDUTORA*

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
EC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Observacao

Exame Principal

Paciente sofreu queda de moto, após colidir
com carro e girou de dor intensa em MSE. Agido
frente ao acidente.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

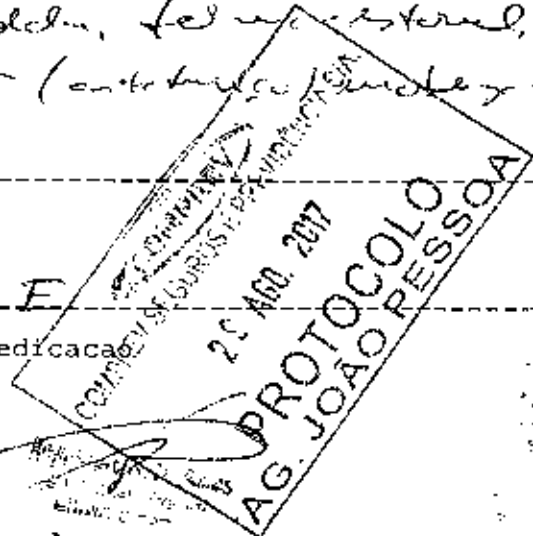
Vias aereas permeaveis, cervical indolente, ferimento lateral,
chato e profundo, Glasgow 15, MSE (entubado) e com dor intensa.

Diagnostico Cl: 1: aberto | Conduta

Suporte B de entubacao E

Horario da medicacao

As curativos de entubacao
Ata da cur. ferida



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Orde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Maria do Socorro de O. Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição de decúbito dorsal sob
Anestesia

Assepsia + Antissepsia

Incisão:

Incisão de curvas quadrangulares
transversais com o dedo (VIA de Henry)
passando por pontos de 4cm de distância
do umbigo com curvas concavas e
aproximadamente 1cm de espessura.

Achados:

Ressecção de quistos + quistos (cistoscopia)
com placa de 0,5 cm de espessura
colando + fio de 1,7.

Verificação de sangramento sob quistoscopia.
Chupagem com sifão.

Conduta:

Sutura por planos subcutâneos com agulha
curva e ponto com 2 pontos
curva
fio de 1,7.

DR. LUIS ALIPE LESSA
MÉDICO ORTÓPEDISTA
CRM-PB 10206

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 17/11/16

Nome: ANGELO MARIA LIMA SANTANA

Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:

Nome da Mãe:

Endereço: Bairro:

Cidade: Estado: Fone: Profissão:

Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:

Escolaridade: Data de Nascimento: / /

QPD: DON C. EDENIA EM PUNHO E

HDA:

PACIENTE ADMITIDO DON,
EDENIA E LIMITADA FUNCIONAR
EM PUNHO E APÓS ACIDENTE
MOTOCICLISTICO (S/C)

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros:

Pele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: Visão:

AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema Outros:

ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melenas [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras:

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alérgias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: 1) FRATURA em 1/3 DISTAL

DO MÚDULO E

Conduta: _____

GRATIFICANTE TRATAMENTO CLÍNICO

DA NILVAN

Dr. Leonardo Torres
Médico

CRM/PB 10335

Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: ANGELA MARIA LIMA SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 7920605 SSP PB

CPF: 000.150.464-94 DATA NASCIMENTO: 14/06/1976

FILIAÇÃO: EUCLIDES PEREIRA SANTANA MARIA DAS NEVES LIMA DE MELO

Sexo: ☒ F ☐ M ☐ OUT

Cor da pele: ☒ BR ☐ NR ☐ OUT

Nº REGISTRO: 05780119850 VALIDADE: 31/06/2017 1ª HABILITACAO: 16/05/2013

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Angela Maria Lima Santana*

Assinatura do Emissor: *Roberto Carneiro*

DATA EMISSAO: 04/09/2014

63892603664
78029200652

DET. DE P. E. (PARAUBA)

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 971787392

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 971787392

COPIPEV
COPIPEV/REGULOS E PREVENCAO SIA
23 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012896824954
 A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 C COD. RENAVAM 20160009515739
 E 0049677336-4 00/00000000 2016

ANGELA MARIA LIMA-SANTANA

00015046494

P/33944/PB

NOVO

PB

9C2KCI670DRA26859

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 PAN TGT

2012

2 P/149 /CI

PA/TIC

PR/TA

IPVA PAGO EM

07/12/2016

1º

P

0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

0

0

A.F. BANCO HONDA S.A.

0

JOAO PESSOA

07/12/2016

32280



07/12/2016

07/12/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012896824954 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

0049677336-4 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

00015046494

9C2KCI670DRA26859

2012

PRÊMIO TARIFÁRIO

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA
 2016

14/06/1976

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ANGELA MARIA LIMA SANTA NIA
 DATA DO ACIDENTE 17/11/2016 CPF DA VITIMA 052.802.198-50
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR N VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VITIMA 0 Mesmo
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DES. ARAUJO MEDES
 Nº 266 COMPLEMENTO _____ BAIRRO OLIV. DAS ARMAS
 CIDADE Soão Pessoa UF PE CEP 58086-080
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98630-1130

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

JUT

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) SAMU
 () 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) BOLETIM 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 CONFERIEM
 OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO
Carlos Henrique

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

Outros

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFISAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O
 TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
 (X) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, LABORATÓRIOS E RESPECTIVOS MÉDICOS (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
 CONFERIEM 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

- 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 É 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE
 GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1124

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21/08/2017IDENTIDADE 1820605

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335416/17
Vítima: ANGELA MARIA LIMA SANTANA
CPF: 000.150.464-94

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/11/2016
Titular do CPF: ANGELA MARIA LIMA SANTANA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

ANGELA MARIA LIMA SANTANA : 000.150.464-94

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2017
Nome: ANGELA MARIA LIMA SANTANA
CPF/CNPJ: 000.150.464-94

ANGELA MARIA LIMA SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA