

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DANIELE PAULO MARQUES**

Nº Sinistro: **3180347047**

Vitima: **DANIELE PAULO MARQUES**

Data do Acidente: **13/02/2018**

Cobertura: **DAMS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180347047**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13184806



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DANIELE PAULO MARQUES**

Nº Sinistro: **3180347047**

Vitima: **DANIELE PAULO MARQUES**

Data do Acidente: **13/02/2018**

Cobertura: **DAMS**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180347047**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

**Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180347047**

**Vítima: DANIELE PAULO MARQUES**

**Data do Acidente: 13/02/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), DANIELE PAULO MARQUES**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, DANIELE PAULO MARQUESPORTADOR(A) DO RG Nº 2005010080980EXPEDIDO POR SSP / CEEM 17 / 09 / 13 ECPF 043319503-79 / CNPJ \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.444,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANIELE PAULO MARQUES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO Caixa AGÊNCIA 1560 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 00026804-2
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL FORTALEZADATA 16 / 07 / 18

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Daniele Paulo Marques

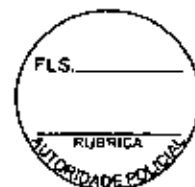
## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à 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 médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 27. DISTRITO POLICIAL

*Adus 120*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 127 - 1430 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2018 11:33:11**  
Data / Hora da Ocorrência: **13/02/2018 19:20:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA ALBERTO MAGNO COM RUA ALAN KARDEC**  
Complemento:  
Bairro: **MONTESE** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Nome: <b>DANIELE PAULO MARQUES</b><br/>Nascimento: <b>23/09/1991</b> CPF: <b>043.319.503-79</b><br/>RG: <b>2005010080980</b> Órgão Emissor: <b>SSP</b> UF:<br/>Filiação: <b>MARIA AUXILIADORA PAULO MARQUES</b><br/><b>EDVALDO MARQUES DA SILVA</b><br/>Endereço: <b>RUA ANTONIO IVO, 63</b><br/>Bairro: <b>HENRIQUE JORGE</b><br/>Município: <b>FORTALEZA/CE</b> CEP:<br/>País: <b>BRASIL</b> Telefone: <b>(85) 3290-4573</b></p> |  |
| <p>Nome: <b>LEONIZIO MATOS DA SILVA</b><br/>Nascimento: <b>24/11/1987</b> CPF: <b>027.279.063-07</b><br/>RG: <b>2005010005589</b> Órgão Emissor: <b>SSP</b> UF:<br/>Filiação: <b>IRACEMA MATOS DA SILVA</b><br/><b>JOSE GOMES DA SILVA</b><br/>Endereço: <b>RUA ANTONIO IVO, 63</b><br/>Bairro: <b>HENRIQUE JORGE</b><br/>Município: <b>FORTALEZA/CE</b> CEP:<br/>País: <b>BRASIL</b> Telefone: <b>3290-4573</b></p>                  |  |

**Histórico**

INFORMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRACITADOS, PILOTAVA SUA MOTOCICLETA HONDA/CB 250F TWISTER DE PLACA PNE-0879, ACOMPANHADO DE SUA NAMORADA, A GARUPEIRA DANIELLE PAULO MARQUES, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS POR VEÍCULO QUE AVANÇOU A VIA PREFERENCIAL, O GM/CELTA DE PLACAS HWH-5317, DE PROPRIEDADE DENNYS BRITO DE MOURA; QUE EM SEGUIDA AO ACIDENTE, COMPARECERAM NO LOCAL SERVIDORES DA PEFOCE E DA GUARDA MUNICIPAL E FOI ACIONADA AMBULÂNCIA DO SAMU QUE, AO CHEGAR, CONDUZIU O DECLARANTE E SUA NAMORADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE-HAPVIDA; QUE ESTE REGISTRO NÃO VISA ENCAMINHAMENTO PARA FINS DE DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 27. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

*Ivan Alves de Souza*  
IVAN ALVES DE SOUZA - MAT.: 198442-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Daniele Paulo Marques*

DELEGACIA DO 27. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 28/03/2018 12:00:12

Boletim de ocorrência



SEMPRE LÍNGUA LÍDER DA VIDA 02 24-JUL-2018 12:24 491085 1/1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 127 - 1430 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

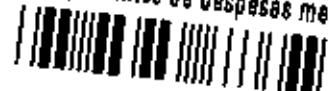
|                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|
| PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> DBO em cópia simples           |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de despesas médicas em cópias |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito em cópia simples        |
| <input type="checkbox"/> Laudo de IML em cópia Simples             |
| Solicitar documento assinado conforme Guia de<br>Regulação         |
| Seguradora Líder - DPVAT                                           |

\* BO original em IP.



*[The page contains several lines of extremely faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side.]*

Comprovações de despesas medic



RANGEL & RANGEL COMERCIO DE MEDICAMENTOS  
LIT. A-8  
AV. LINDU MACABAGO, 0146 - A  
JOCUEL CLUB - FORTALEZA. 9820-100  
CNPJ: 04687015000120 IE: 000053183340

Extrato N°: 20653  
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor: CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO  
Razão Social/Nome: MONICA

IDENTIFICADO  
Razão Social/Nome: MONICA

| PRODUTO                               | QUANTIDADE | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL  |
|---------------------------------------|------------|----------------|--------------|
| 001 00798517 MTLGALMA 150MG 30 DRAGEX | 1          | 65,39          | 65,39        |
| Desconto                              |            |                | -15,84       |
| Valor Liquido                         |            |                | 49,55        |
| 002 00791511 TACA DE ENTREGA          | 1          | 2,00           | 2,00         |
| <b>TOTAL R\$</b>                      |            |                | <b>51,55</b> |
| Dinheiro                              |            |                | 100,00       |
| Traco R\$                             |            |                | 48,45        |

11. OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

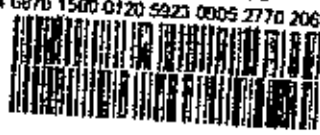
Via. aprox. trib. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014:  
Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,56 Federal - R\$ 6,83  
Fonte: IBPT F3W1D7  
CX:14 TUD01 OP:10104 VD:0128  
VOUCE ECONOMIZOU R\$ 15,84  
DUVIDA UTILIZACAO MEDICAMENTOS CONTATE  
DR. LUIZ CRF 6027 DR DALMARIO CRF 2280  
DR RANGEL CRF 2160 TEL 3233-3215

\* *Vozes Aprazimadas dos Tributos das Naves*

SAT Nº: 230005277

27/04/2018 17:22:38

27/04/2018 17:22:38  
2318 0404 6870 1500 0120 5923 0005 2770 2065 3915 8485



1. **Identify**  
 2. **What information comes from**



**FARMACIA PROVIDA**

FARMACIA PROVIDA EMPREENDIMENTOS LTDA  
AV LINEU MACHADO, 01451  
JOQUEI CLUBE - FORTALEZA - 80520-101  
CNPJ:27089559000196 IE:000066405521

Extrato N°: 2972

**CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT**

CPF/CNPJ Consumidor: CONSUMIDOR NÃO  
IDENTIFICADO

Razão Social/Nome: MONICA

| # COD DESC QTD UN VL UN RS (VLTR RS) VL ITEM RS |  |               |
|-------------------------------------------------|--|---------------|
| 001 00791511 TAXA DE ENTREGA                    |  |               |
| 1 UN X 2,000                                    |  | 2,00          |
| 002 00798517 MILGAMMA 150MG 30 DRAGEA           |  |               |
| 1 URI X 66,760                                  |  | 66,76         |
| Desconto                                        |  | -12,35        |
| Valor Líquido                                   |  | 54,41         |
| 003 00804802 ETNA 50 CAPS                       |  |               |
| 1 URI X 108,450                                 |  | 108,45        |
| Desconto                                        |  | -20,06        |
| Valor Líquido                                   |  | 88,39         |
| <b>TOTAL RS</b>                                 |  | <b>144,80</b> |
| Cartão de Crédito                               |  | 144,80        |

**OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE**

Vlr. aprox. Irib. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014:  
Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,00 Federal - R\$ 19,21  
Fonte: IBPT A5G7R1  
CX:05 TU:01 OP:10104 VD:0330  
VOCE ECONOMIZOU R\$ 32,41  
DUMAS UTILIZACAO MEDICAMENTOS CONTATE  
DR. LUIZ CRF 6027 DR DALMARIO CRF 2280  
DR.RANGEL-CRF 2160 TEL 3233-3215

\* Valor Aproximado dos Tributos dos Itens

SAT N°: 230044132

20/06/2018 17:41:34

2318 0627 0895 5900 0196 5923 0044 1320 0297 2438 0319



www.infantia.com.br

PROVIDA LTDA - RR  
AV. SENADOR FERNANDES TAVORA 2275  
ALTAMIRAN MUNES FORTALEZA CE  
CNPJ: 09621926000250  
IE: 065484860  
IM:

CONTROLE DE ENTREGA DOMICILIO

Nome : MONICA  
Endez.: R ANTONIO LVE N 63  
Bairro.: FICI  
C.E.P.: 60.000-000 Fone: 32904573  
Refer.: 8797 56 59

PROVIDA LTDA  
AV SEN. FERNANDES TAVORA, 02275  
ALTAMIRAN MUNES - FORTALEZA - 60526-841  
CNPJ:09621926000250 IE:000065484860

Extrato N°: 18238  
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

Razão Social/Nome: MONICA

| # COD DESC QTD UN VL UN R\$ VL TR R\$ VL ITEM R\$ |          |                                   |  |  |  |       |
|---------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|--|--|--|-------|
| 001                                               | 00798869 | MUNIQUEIRA AJUSTAVEL NE           |  |  |  |       |
|                                                   |          | 1,0000 UN X 27,500                |  |  |  | 27,50 |
|                                                   |          | Desconto                          |  |  |  | -2,60 |
|                                                   |          | Valor Líquido                     |  |  |  | 24,90 |
| 002                                               | 00791511 | TAXA DE ENTREGA 1,0000 UN X 2,000 |  |  |  | 2,00  |

|           |       |
|-----------|-------|
| TOTAL R\$ | 26,90 |
| Dinheiro  | 50,00 |
| Troco R\$ | 23,10 |

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Vlr. aprox. trib. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.204/2014:  
Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 6,87 Federal - R\$ 1,05  
Fonte: IBPT: A5G7R1  
CX:08 TU:01 OP:10086 VD:0122  
VOCE ECONOMIZOU R\$ 2,60  
EM DÚVIDA NA UTILIZAÇÃO MEDICAMENTO  
DR DALMARIO CRF 2296 DRA. ADRIANA CRF  
5020 DR. JAMES CRF 6107 TEL.3486.4900

SAT N°: 230008859

26/03/2016 10:00:03

2316 0309 6219 2500 0250 5923 0006 8590 1823 8285 6149



RANGEL & RANGEL COMERCIO DE MEDICAMENTOS  
LTDA ME  
AV LINEU MACHADO, 01465 - A  
JOQUEI CLUBE - FORTALEZA - 60520-100  
CNPJ: 04687015000120 IE: 000063183340

Extrato N°: 35623  
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

Razão Social/Nome: MONICA

| #(COD)DESC(CTD)(N) VL UN(R\$)(VLTR R\$) VL ITEM R\$ |        |
|-----------------------------------------------------|--------|
| 0017891142130822 MILGAMMA 150MG 30 ORAGEA           |        |
| 1,0000 UN X 65,390                                  | 65,39  |
| Desconto                                            | -15,84 |
| Valor Líquido                                       | 49,55  |
| 0027890262801340 ETNA 50 CAPS 1,0000 UN X           |        |
| 108,450                                             | 108,45 |
| Desconto                                            | -20,06 |
| Valor Líquido                                       | 88,39  |
| 0030000000791511 TAXA DE ENTREGA 1,0000 UN X        |        |
| 2,000                                               | 2,00   |

TOTAL R\$ 139,94  
Cartão de Crédito 139,94

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE  
Vr. aprox. trib. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014:  
Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,00 Federal - R\$ 18,55  
Fonte: IBPT A537R1  
CX-12 TU-02 OP-10074 VD-0280  
VOCE ECONOMIZOU R\$ 35,80  
DÍVIDAS UTILIZACAO MEDICAMENTOS CONTATE  
DR. LUIZ CRF 5027 DR DALMARIO CRF 2280  
DR RANGEL-CRF 2160 TEL 3233-3215

SAT N°: 230003504  
27/03/2018 18:40:58  
2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3585 9539



Infarmo Sistemas  
http://www.infarmo.com.br

RANGEL & RANGEL COM MED LTDA  
AV. LINEU MACHADO 1465  
JOQUEI CLUBE FORTALEZA CE  
CNPJ: 04687015000120  
IE: 063183340  
IN:

CONTROLE DE ENTREGA DOMICILIO

Nome : MONICA  
Endere.: R ANTONIO .IVO N 63

Bairro.: PICI  
C.E.P.: 60.000-000 Fone: 32904573  
Refer.: 8797 56 59

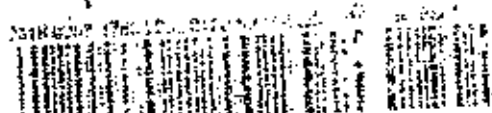
FARMACIA VITORA  
FARMACIA VITORA LTDA  
RUA FORTALIZA 114, FORTALEZA

CNPJ: 07.000.000/0001-90  
Endereço: 1595  
Cidade: FORTALEZA - CE

Assinado digitalmente por:  
FARMACIA VITORA LTDA  
CPF: 07.000.000/0001-90

Assinado digitalmente por:  
FARMACIA VITORA LTDA  
CPF: 07.000.000/0001-90

SAT N°: 72002940  
20/03/2018 10:12:11



PROVIDA LTDA  
AV SEN. FERNANDES TAVORA, 02275  
AUTRAN NUES - FORTALEZA - 60526-641  
CNPJ: 09621926000250 (E: 000055484860)

Extrato N°: 26895  
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor: CONSUMIDOR NÃO  
IDENTIFICADO

Razão Social/Nome: MONICA

| # COD DESC QTD UN VL UN R\$ VLTR R\$ VL ITEM R\$ |          |                 |  |  |              |  |
|--------------------------------------------------|----------|-----------------|--|--|--------------|--|
| 001                                              | 00504802 | EXTRA 50 CAPS   |  |  |              |  |
| 1                                                |          | UNI X 108,450   |  |  | 108,45       |  |
|                                                  |          | Desconto        |  |  | -20,06       |  |
|                                                  |          | Valor Líquido   |  |  | 88,39        |  |
| 002                                              | 00791511 | TAXA DE ENTREGA |  |  |              |  |
| 1                                                |          | UN X 2,000      |  |  | 2,00         |  |
| <b>TOTAL R\$</b>                                 |          |                 |  |  | <b>90,39</b> |  |
| Cartão de Crédito                                |          |                 |  |  | 90,39        |  |

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Vlr. aprox. trib. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014:  
Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,56 Federal - R\$ 12,06  
Fonte: IBPT F3W1D7  
CX:08 TU:01 OP:10095 VD:0122  
VOCE ECONOMIZOU R\$ 20,06  
EM DUVIDA NA UTILIZACAO MEDICAMENTO  
DR DALMARIO CRF 2280 DRA. ADRIANA CRF  
5020 DR. JAMES CRF 6107 TEL.3496.4000

\* Valor Aproximado dos Tributos dos Itens

SAT N°, 230005859

01/05/2018 13:11:11

2318 0509 6219 2800 0250 5923 0008 8580 2699 5386 3741



RANGEL & RANGEL COM MED LTDA  
AV. LUIZ MACHADO 1455  
JOQUEI CLUB FORTALEZA CE  
CNPJ: 04687015000120  
IE: 063183340  
IN:

ID.Fis: 00000000001 ID. Cons: 04333790991  
Aut: 04113869501/049220 18/02/18 16:23  
\*\*\*\*\* LOGIX PHARM \*\*\*\*\*  
----- SE E BAYER E BOM -----  
Se e Bayer e bom  
Economia sobre PMS: R\$37.86

RANGEL & RANGEL COM MED LTDA  
AV. LUIZ MACHADO 1455  
JOQUEI CLUB FORTALEZA CE  
CNPJ: 04687015000120  
IE: 063183340  
IN:

CONTROLE DE ENTREGA DOMICILIO

Nome : MONICA  
Endere.: R ANTONIO LIVO N 63

Baixa.: PICI  
C.E.F.: 50.000-000 Fone: 32544573  
Refer.: 8797 56 59

133.40 6.60 160.00

RANGEL & RANGEL COMERCIO DE MEDICAMENTOS  
LTD A ME  
AV LUIZ MACHADO 91465 - A  
JOQUEI CLUB FORTALEZA - 60520-100  
CNPJ 04687015000120 IE 000053183340

Extrato N°: 10481  
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

Razão Social/Nome: MONICA

| #COD        | DESC                           | QTD | UN | VL UN R\$ | VLTR R\$ | VL ITEM R\$ |
|-------------|--------------------------------|-----|----|-----------|----------|-------------|
| 00100001946 | XARELTO 10MG 10 CP 2.0000 UN X |     |    |           |          |             |
|             | 64,630                         |     |    |           |          | 169,26      |
|             | Desconto                       |     |    |           |          | -37,86      |
|             | Valor Líquido                  |     |    |           |          | 151,40      |

TOTAL R\$ 151,40  
Dinheiro 151,40

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE  
Vr. aprox. trib - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014:  
Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,00 Federal - R\$ 20,36  
Fonte: IBPT 45GTR1  
CX:14 TU:02 OP:10104 VD:0232  
VOCE ECONOMIZOU R\$ 37,86  
DÍVIDAS UTILIZAÇÃO MEDICAMENTOS CONTATE  
DR. LUIZ CRF 6027 DR. DARMARIO CRF 2280  
DR. RANGEL - CRF 2160 TEL 3333-3215

SAT N 230005277  
18/02/2018 18:23:54

151,40 6,60 160,00



Informações  
18/02/2018 18:23:54

# FARMACIA PROVIDA

FARMACIA DO TRABALHADOR A PREÇO POPULAR  
LTDA

R APOLO. 00028 - LOJA 1, 2 E 3

DAMAS - FORTALEZA - 60426-080

CNPJ: 27089559000196 IE: 000066405621

Extrato Nº: 810

CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor: CONSUMIDOR NÃO  
IDENTIFICADO

Razão Social/Nome: MONICA

#ICOD|DESC|OTD|UN|VL UN|RS|VLTR|RS|VL ITEM|RS

001 00804802 ETRA 50 CAPS

1 UN X 108,450

108,45

Desconto

-20,05

Valor Líquido

88,40

002 00791511 TAXA DE ENTREGA

1 UN X 2,000

2,00

**TOTAL RS**

**90,40**

Cartão de Crédito

90,40

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Ver. aprox. trib. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014:  
Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,58 Federal - R\$ 12,05

Fonte: IBPT F3W1D7

CX:05 TL:02 OP:10074 VD:0068

VOCE ECONOMIZOU R\$ 20,05

CASO DUVIDA UTILIZACAO DE MEDICAMENTO

DR. VICENTE-CRF 4189 DRA. MAYARA-CRF 4459

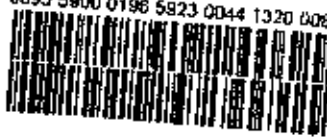
DR. SOUZA 6698 TEL. 3282.8777

Valor Aproximado dos Tributos dos Itens

SAT Nº: 230044132

03/06/2018 17:30:06

2318 0627 0895 5900 0196 5823 0044 1320 0081 0575 3136



Infarma

www.infarma.com.br

RANGEL & RANGEL COMERCIO DE MEDICAMENTOS

AV LINEU MACHADO 01466 - A  
JOQUEI CLUBES - FORTALEZA - 03570-100  
CNPJ 04687015000120 IE 000053183340

Extrato Nº: 2005  
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO  
Razão Social/Nome: MONICA

| QCD DESC QTD UN VL UN RS VLTR RS VL ITEM RS |  |              |
|---------------------------------------------|--|--------------|
| 001 00790517 NITGALISA 150MG 30 DRAGAS      |  |              |
| 1 ORI X 65,390                              |  |              |
| Desconto                                    |  | 65,39        |
| Valor Líquido                               |  | -15,84       |
| 002 00791511 TAXA DE ENTREGA                |  |              |
| 1 UN X 2,000                                |  | 49,55        |
|                                             |  | 2,00         |
| <b>TOTAL R\$</b>                            |  | <b>51,55</b> |
| Dinheiro                                    |  | 100,00       |
| Troco R\$                                   |  | 48,45        |

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Vr aprox. Inf. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014  
Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,56 Federal - R\$ 6,83  
Fonte: IBPT F3V107  
CX 14 TU 01 OP 10104 VD 0128  
VOCE ECONOMIZOU R\$ 15,84  
DÚVIDAS UTILIZAÇÃO MEDICAMENTOS CONTATE  
DR LUIZ CRF 4027 DR DALMARIO CRF 2280  
DR RANGEL-CRF 2160 TEL 3233-3215

\* Valor Aproximado dos Tributos - Ls. Paga

SAT N 230005277

19/05/2018 17:22:38

2310 0004 6870 1500 0120 5823 0005 2770 2300 5870 4835



19/05/2018 17:22:38

RANGEL & RANGEL COMERCIO DE MEDICAMENTOS  
LTD ME

AV LINEU MACHADO 01466 - A  
JOQUEI CLUBES - FORTALEZA - 03570-100  
CNPJ 04687015000120 IE 000053183340

Extrato Nº: 23385  
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO  
Razão Social/Nome: MONICA

| QCD DESC QTD UN VL UN RS VLTR RS VL ITEM RS |  |              |
|---------------------------------------------|--|--------------|
| 001 00793110 CEFADROXILA 500MG 8 GPR        |  |              |
| 2 ORI X 44,770                              |  |              |
| Desconto                                    |  | 89,54        |
| Valor Líquido                               |  | -48,34       |
| 002 00791511 TAXA DE ENTREGA                |  |              |
| 1 UN X 2,000                                |  | 41,30        |
| 003 00790517 NITGALISA 150MG 30 DRAGAS      |  |              |
| 1 ORI X 66,750                              |  | 2,00         |
| Desconto                                    |  | 66,75        |
| Valor Líquido                               |  | -17,21       |
| <b>TOTAL R\$</b>                            |  | <b>48,55</b> |
| Cartão de Crédito                           |  | 82,76        |
|                                             |  | 90,75        |

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Vr aprox. Inf. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014  
Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,56 Federal - R\$ 6,83  
Fonte: IBPT F3V107  
CX 14 TU 01 OP 10104 VD 0228  
VOCE ECONOMIZOU R\$ 65,55  
DÚVIDAS UTILIZAÇÃO MEDICAMENTOS CONTATE  
DR LUIZ CRF 4027 DR DALMARIO CRF 2280  
DR RANGEL-CRF 2160 TEL 3233-3215

\* Valor Aproximado dos Tributos dos Juros

SAT N 230005277

19/05/2018 18:41:09

2310 0004 6870 1500 0120 5823 0005 2770 2300 5870 4835



19/05/2018 18:41:09

RANGEL & RANGEL COMERCIO DE MEDICAMENTOS  
 LTDA ME  
 AV LINEU MACHADO, 01465 - A  
 JOQUEI CLUBE - FORTALEZA - 60520-100  
 CNPJ: 04687015000120 IE: 000063183340

Extrato N°: 35623  
 CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

Razão Social/Nome: MONICA

| # COD DESC QTD UN VL UN R\$ VL TR R\$ VL ITEM R\$ |        |
|---------------------------------------------------|--------|
| 001 7891142130822 MILGAMMA 150MG 30 DRAGEA        |        |
| 1,0000 UN X 65,390                                | 65,39  |
| Desconto                                          | -15,84 |
| Valor Líquido                                     | 49,55  |
| 002 7890282801340 ETNA 50 CAPS 1,0000 UN X        |        |
| 108,450                                           | 108,45 |
| Desconto                                          | -20,06 |
| Valor Líquido                                     | 88,39  |
| 003 00000000781511 TAXA DE ENTREGA 1,0000 UN X    |        |
| 2,000                                             | 2,00   |

**TOTAL R\$ 139,94**  
 Cartão de Crédito 139,94

**OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE**

Vr. aprox. trib. - Lei 12.741/2012 e Decreto 8.264/2014:  
 Municipal - R\$ 0,00 Estadual - R\$ 0,00 Federal - R\$ 18,55  
 Fonte: IBPT A5G7R1  
 CX:12 TJ:02 OP:10074 VD:0280  
 VOCE ECONOMIZOU R\$ 35,90  
 OLVIDAS UTILIZACAO MEDICAMENTOS CONTATE  
 DR. LUIZ CRF 8027 DR DALMARIO CRF 2280  
 DR.RANGEL-CRF 2160 TEL 3233-3215

SAT N°: 230003504

27/03/2018 18:40:58

2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539



Infante Sistemas  
<http://www.infante.com.br>

RANGEL & RANGEL COM MED LTDA  
 AV. LINEU MACHADO 1465  
 JOQUEI CLUBE FORTALEZA CE  
 CNPJ: 04687015000120  
 IE: 063183340  
 IN:

CONTROLE DE ENTREGA DOMICILIO

Nome : MONICA  
 Endez.: R ANTONIO LIVO N 63

Bairro.: PICI  
 C.E.P.: 60.000-000 Fone: 32904573  
 Refer.: 8797 56 59

FARMACIA VITORIA  
 FARMACIA VITORIA LTDA  
 RUA DE SANTO ANTONIO DO RIO DO LAGO

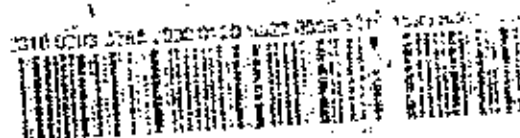
2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539  
 2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539  
 2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539

2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539  
 2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539  
 2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539

VALOR TOTAL R\$ 139,94  
 Cartão de Crédito

2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539  
 2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539  
 2318 0304 6870 1500 0120 5823 0003 5040 3562 3595 9539

SAT N°: 230003504  
 27/03/2018 18:40:58







|                                                                                                                                     |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>DONDOCOÃO<br><small>R. São F. Vitalino</small> | <b>RECIBO</b><br><br>Rua Mons. Hipólito Brasil, 433 - Jockey Clube<br>85 3496.5772   85 9 8733.4590   85 9 9945.2445 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

R\$

Recebemos do(a) Sr(a) Leuzigio Neto

o quanto de Quinze mil

Referente Emprego de um Roteiro Jafato

Fortaleza 15 de 03 de 20 18 Monika  
Assinatura

|                                                                                                                                       |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>DONDOCOÃO<br><small>R. São F. Vitalino</small> | <b>RECIBO</b><br><br>Rua Mons. Hipólito Brasil, 433 - Jockey Clube<br>85 3496.5772   85 9 8733.4590   85 9 9945.2445 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

R\$

Recebemos do(a) Sr(a) Leuzigio Neto

o quanto de Quinze mil

Referente Trabalho com 7 unidades

Fortaleza 26 de 03 de 20 18 Monika  
Assinatura





**R. Alagoas, 3340 - Pici Fortaleza - CE**

☎ 9 8943.5343 | ☎ 9 8673.8709  
faxe: (85) 3496.1954 | 3290.3027

## Entrega a Domicilio

**De:**

Norm: Ant 1000

Endereço: 969 1333809

## Quart

### Descrição das Mercadorias

**Preço R\$**

or Maximalis

275

Conf



**R. Aleguas, 3340 - Pici Fortaleza - CE**

☎ 9 8943.5343 | ☎ 9 8673.8709  
faxe: (85) 3496.1954 | 3290.3027

## Entrega a Domicilio

**Days:**

Name: Wanda 63

Endereço: AM - 100

Quant:

## Readorials

**Preço R\$**

0.000000

2000

Rs. 50.00

32904573

VIDE VERSO

[illegible]

| FARMACIA PLANALTO                                           |                           |           |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------|
| Rua Espírito Santo, 700 - Pan Americano - Fortaleza - Ceará |                           |           |
| End.: _____                                                 |                           |           |
|                                                             | Antonio Ivo               |           |
| QUANT.                                                      | DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS | PREÇO R\$ |
| 01                                                          | Aldige Jensen             | 12,100    |
| 01                                                          | Bingo Johnson             | 12,100    |
| 01                                                          | Leporadiopio .            | 17,100    |
|                                                             |                           |           |
|                                                             |                           |           |
|                                                             |                           |           |
|                                                             |                           |           |
|                                                             |                           |           |
| -101                                                        |                           |           |
|                                                             |                           | 41,300    |



## BOLETIM DE CIRURGIA

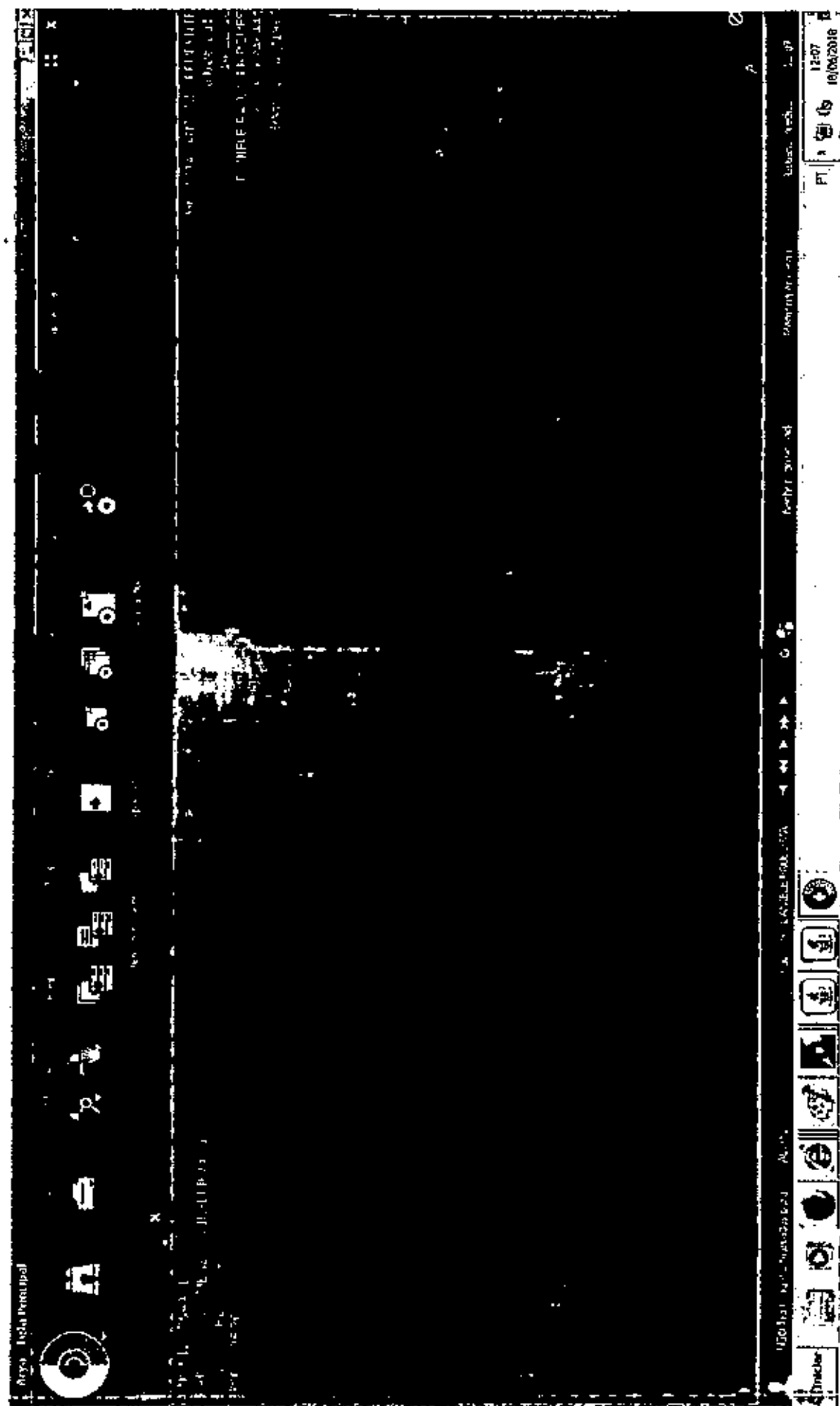
Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

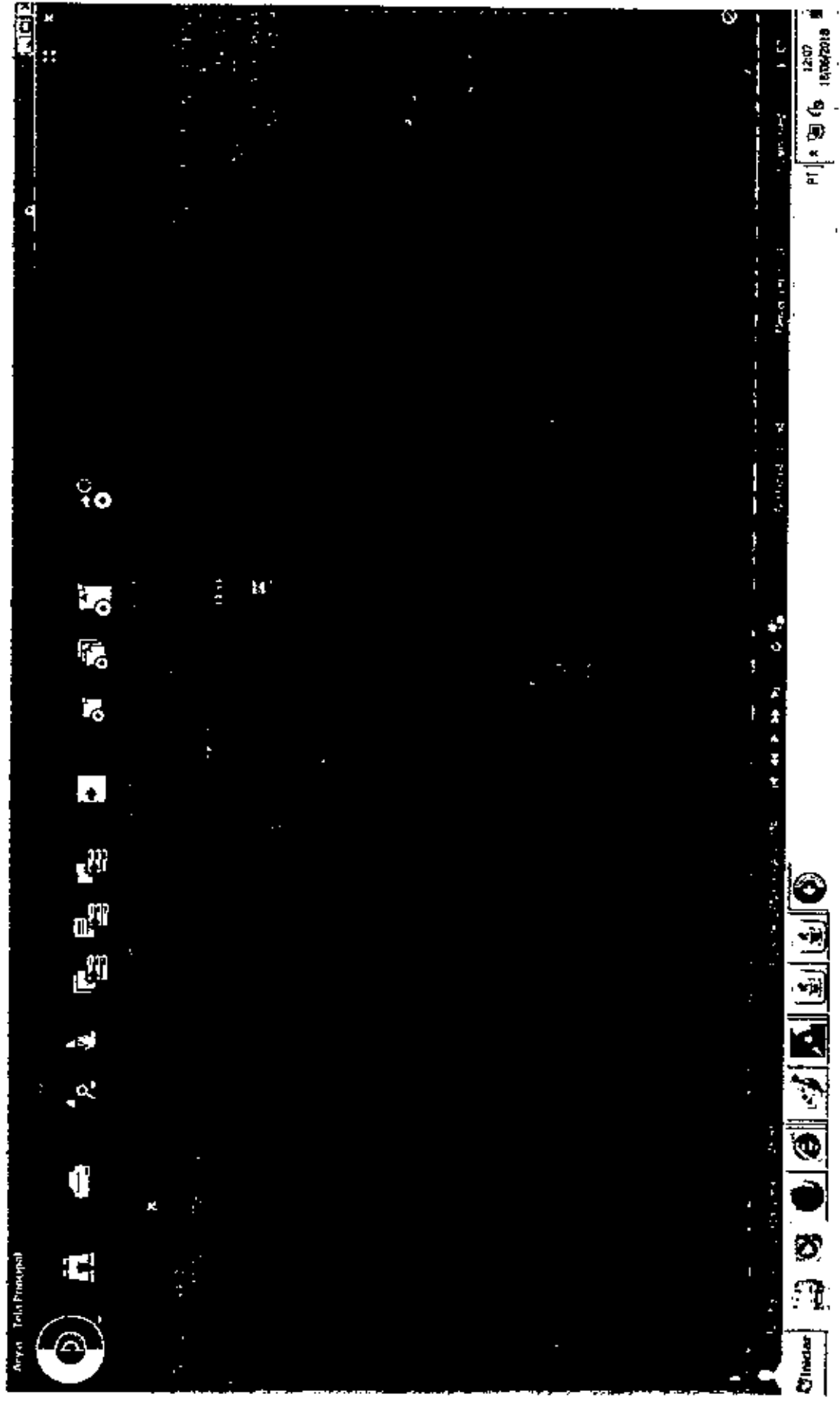
16/02/2018 00:59

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                     |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: DANIELE PAULO MARQUES                                      | Dt. Nasc.: 22/09/1991                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Atendimento: 48656614 | Prontuário: 6746441 |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ                                             | Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Leito: 221/1          |                     |
| Profissional(es): MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO MÉDICO CRM 10780 SP | Nº: 19353494                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 16/02/2018            | às 00:55            |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                     |
| Diagnóstico Clínico                                                  | 6721                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | (1)                 |
| Diagnóstico Cirúrgico                                                | 5721                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | (1)                 |
| <b>DADOS DA CIRURGIA</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                     |
| Data Da Cirurgia                                                     | 16/02/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       | (1)                 |
| Hora Da Cirurgia                                                     | 00:55                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | (1)                 |
| Cirurgia                                                             | TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA FÊMUR                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       | (1)                 |
| Cirurgião                                                            | luz lopes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       | (1)                 |
| 1º Auxiliar                                                          | MARCIO CASTELO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       | (1)                 |
| Descrição Cirúrgica                                                  | PCT DDM<br>ASSEPSIA + ANTISSEPSIA<br>APOSEIÇÃO CAMPOS<br>ACESSO LATERAL<br>OSTEOTOMIA<br>RAFI DA DIÁFISE FEMORAL COM PLACA + PARAFUSOS<br>ENDEERTO<br>SUTURA<br>CURATIVO<br>NOVA ASSEPSIA E APOSEIÇÃO CAMPOS<br>ACESSO LATERAL COXO-FEMORAL<br>OSTEOTOMIA<br>RAFI COM DHS<br>LAVAGEM COM SF<br>ENDEERTO<br>SUTURA<br>CURATIVO |                       | (1)                 |
| Códigos Dos Procedimentos                                            | 30724180<br>30725127<br>30725151<br>30732026                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       | (1)                 |

Dr. Márcio Castelo Branco  
CRM 10780 SP  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgião de Treina Ortopédico











DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAP FORTALEZA

NºPedido: 23759016

Data 16/02/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 6746441 DANIELE PAULO MARQUES

Nascimento...: 23/09/1991 Sexo: F RG.: 2005010080980 SSP CE CPF.: 04331950379

Endereço...: AV AVENIDA PROFESSOR HERIBALDO COSTA 100 PICI FORTALEZA CI Tel.: 987814882

Convenip...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula...: 41023000017004026

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

FRATURA DE FEMUR

Exame:

RX COXA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA



4865861431

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur proximal e distal esquerdos, com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**PERÍCIA ESCRITÓRIO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIA**

**IDENTIFICAÇÃO**

**NOME** DANIELE PAULO MARQUES  
**DATA DE NASCIMENTO** 23/09/1991  
**DATA DE MATRÍCULA** 23/09/1991  
**CPF** 043.319.503-79  
**ENDEREÇO** RUA ALEXANDRE DE ALMEIDA, 151  
**CIDADE** FORTALEZA - CE  
**CEP** 60000-000

**TIPO DE IDENTIFICAÇÃO** IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIA

**VALIDADE** 05/10/2005

**ASSINATURA DO DETENTOR**

**ASSINATURA DO EMISSOR**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**PERÍCIA ESCRITÓRIO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIA**

**IDENTIFICAÇÃO**

**NOME** DANIELE PAULO MARQUES  
**DATA DE NASCIMENTO** 23/09/1991  
**DATA DE MATRÍCULA** 23/09/1991  
**CPF** 043.319.503-79  
**ENDEREÇO** RUA ALEXANDRE DE ALMEIDA, 151  
**CIDADE** FORTALEZA - CE  
**CEP** 60000-000

**TIPO DE IDENTIFICAÇÃO** IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIA

**VALIDADE** 05/10/2005

**ASSINATURA DO DETENTOR**

**ASSINATURA DO EMISSOR**

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**Número** 043.319.503-79  
**Nome** DANIELE PAULO MARQUES  
**Nascimento** 23/09/1991

**VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275436/18  
Vítima: DANIELE PAULO MARQUES  
CPF: 043.319.503-79

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/02/2018  
Titular do CPF: DANIELE PAULO MARQUES

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Comprovantes de despesas médicas  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

Outros



**DANIELE PAULO MARQUES : 043.319.503-79**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2018  
Nome: DANIELE PAULO MARQUES  
CPF/CNPJ: 043.319.503-79

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/07/2018  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

DANIELE PAULO MARQUES

Nathalia Beatriz Braga Costa

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

( ) MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE (X) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA DANIELLE PAULO MARQUES

DATA DO ACIDENTE 13/02/18 POSSUI CPF (X) SIM ( ) NÃO Nº CPF 043.341.503-79

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ( ) Documento de identificação do Representante legal (cópia simples)
- ( ) CPF do Representante legal (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue 0800 022 1204.
- SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis.

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada (X) Sim ( ) Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ( ) Laudo de invalidez do IML - original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ( ) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada (X) Sim ( ) Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ( ) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ( ) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ( ) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ( ) Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- ( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ( ) Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
- ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
- ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHOS(A))
- ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ( ) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ( ) Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) DANIELLE PAULO MARQUES

Quem é o portador? (X) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador 043.341.503-79

E-mail DANIELLE@GMAIL.COM

Data 16/07/2018 Assinatura DANIELLE PAULO MARQUES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

Atendente \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

# DPVAT

Seguradora Líder



## GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

### CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

|                                  |  |               |                |                         |                          |
|----------------------------------|--|---------------|----------------|-------------------------|--------------------------|
| DER - DPVAT                      |  |               |                | TELEFONE / Phone Number |                          |
|                                  |  |               |                | SAC DPVAT 0800 0221204  |                          |
| ANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO |  |               |                |                         |                          |
| 1 2 0 5                          |  | CIDADE<br>Civ | RIO DE JANEIRO | UF / State<br>RJ        | PAÍS / Country<br>BRASIL |

☒ AR  
☐ MP  
Correios  
Pessoa  
0.300

20866984 8 BR



# SEDEX

ATENDIMENTO

 **Correios**

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho  
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904  
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654  
E-mail : [jose\\_carlos@seguradoralider.com.br](mailto:jose_carlos@seguradoralider.com.br)

**CONFIDENCIALIDADE** Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

**CONFIDENTIALITY** This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <[jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br](mailto:jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br)>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes  
Superintendente de Sinistros  
[arthur.froes@seguradoralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)  
Tel.: 55 21 3861-4286



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904