

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <i>Dallir Wilker mais Lemos</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>015.694.603-37</i>	RG: <i>04623061900</i>	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Zecoria Bandeira</i>		Nº <i>218</i>
Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado		Estado: CE
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Morada Nova</i>	
CEP: <i>62.940-000</i>	Telefone:	

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB-CE sob o Nº 23.814, e, **FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/CE 27.565, ambos podendo ser intimados em Morada Nova- CE, na Rua José de Fontes Nº 90-A, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

Morada Nova (CE), 16 de março de 2020.

Dallir Wilker mais Lemos
Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfodfs@hotmail.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE:

Nome: <i>Dollis Wilker Maia Lemes</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>015.694.603-37</i>	RG: <i>04023061900</i>	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Leocádio Bandeira</i>		Nº <i>218</i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Morada Nova</i>	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <i>62.940-000</i>	Estado: CE	
Telefone:		

CONTRATADOS:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB-CE sob o Nº 23.814, e, FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/CE 27.565, ambos podendo ser intimados em Morada Nova- CE, na Rua José de Fontes Nº 90-A, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PRIMEIRO: Os CONTRATADOS se obrigam a prestar serviços advocatícios ao CONTRATANTE, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a promover todas as medidas judiciais cabíveis para a propositura de Ação, acompanhamento processual e demais atos fíéis ao exercício do mandato.

SEGUNDO: O CONTRATANTE se obriga a:

- Fornecer cópias de todos os documentos cabíveis necessários para a propositura da Ação.
- Apresentar documentos reais e fidedignos ao pleito judicial.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: Aos CONTRATADOS será devido, à título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) do benefício patrimonial conseguido com a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da CONTRATANTE ou acordo celebrado do processo ajuizado.

Parágrafo Primeiro: Caso haja improcedência da ação ou nenhum valor seja recebido pelo Contratante, nada será devido por esse ao Contratado, se responsabilizando o contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

Parágrafo segundo: Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

QUARTO: O CONTRATANTE arcará, se houver, com suas despesas com passagens, estadia, alimentação e custas processuais.

QUINTO: As partes elegem o foro de Morada Nova – CE, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: O(A) CONTRATANTE se obriga a comunicar aos CONTRATADOS qualquer modificação de seu endereço.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

Morada Nova (CE), *16* de *março* de *2020*.

CONTRATANTE: *Dollis Wilker Maia Lemes*

CONTRATADO:

TESTEMUNHA:

CPF:

TESTEMUNHA:

CPF:

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfo.ds@hotmai.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: <i>Dallin Welker mais Lemos</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>015.694.603-37</i>	RG: <i>04023061900</i>	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Lacaria Bandeira</i>		Nº <i>218</i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Morada Nova</i>	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: <i>62.940-000</i>	Estado: CE	
Telefone:		

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissos que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Morada Nova (CE), 16 de março de 20 20.

[Assinatura]
DECLARANTE

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfo.ds@hotmail.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: Dallir Welker Maia Lemos		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 015.694.603-37	RG: 040230619 00	Profissão: () Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Lecorui Bondeviel	Nº 218	Estado Civil: () Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
Bairro: Centro	Cidade: Morada Nova	Estado: CE
CEP: 62.940-000	Telefone:	

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO também ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Morada Nova (CE), 16 de março de 20 20.


DECLARANTE

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Dalton Wilson Maria Leites CPF: 015.694.603-37
Profissão: Recusado Endereço: Rua: Zaconia Bandeira Número: 218 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Maradeiro Estado: Ceará CEP: 62.940.000
E-mail: Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0863 ☒ CONTA: 28.114 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador, deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

05/09/2019 - BANCO DO BRASIL S.A.
 006374238 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.31.56

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0863-X CONTA: 28.114-X
 CLIENTE: DALLIS WILKER MAIA LEMOS

Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Morada Nova
 Rua Francisco Monteiro Mala, 99 - Centro - Morada Nova - CE
 CEP: 62.940-000 - CNPJ: 07.676.836/0001-50

SAEE
 SANEAMENTO

INSCRIÇÃO: 0000995.7 NOME: JOAO BRITO LEMOS MÊS/FAT: AGO/2019

END: RUA ZACARIA BANDEIRA, 218 CENTRO LOCALIZAÇÃO: 00.00.01.0000016540

VENCIMENTO: 14/09/2019 VALOR R\$: 32,30

0000995.06.19.190133228
82620000000.6 32300262000.9 00050819190.7 13322800002.1

SAAE

NÃO RASURE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dalles Wilken Maria Lima.

RG nº 3522282000, data de expedição / / , Órgão SSP/CE;

CPF nº 018.694.603-37, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Zoconia Bandeira</u>
Número	<u>218</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>moneda norte</u>
Estado	<u>ceara</u>
CEP	<u>62.940-000</u>
Telefone de Contato	<u>11</u>
E-mail	<u>11</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: moneda norte

Assinatura do Declarante: Dalles Wilken Maria Lima



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA
Impresso nº 202040477

fls. 20



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 1954 / 2019

Dados da Ocorrência

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA
MORADA NOVA - CEARÁ
CARTÓRIO

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/09/2019 11:11:16**
Data / Hora da Ocorrência: **14/08/2019 20:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AV MANOEL DE CASTRO - MORADA NOVA/CE**
Ponto de Referência: **LUCIANO OTICA**

Noticiante(s)

Nome: **DALLIS WILKER MAIA LEMOS**
Nascimento: **29/04/1984** CPF:
RG: **35222882000** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ELENI MAIA LEMOS**
JOÃO DE BRITO LEMOS
Endereço: **RUA ZACARIA BANDEIRA , 218**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **MORADA NOVA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 3422-2049**

Histórico

Declara o noticiante que no dia hora e local supracitados acima foi vítima de um acidente de trânsito; QUE seguia como passageiro (guarupeiro) na MOTO PLACA OCP-2795, RENAVAL 342994107, CHASSI 9C2KD055BR558292 DE PROPRIEDADE DE SERGIO MARIO GADELHA-CPF 53415744353; QUE na ocasião seguia na citada avenida, quando o condutor tentou ultrapassar um carro estacionado, sem sinalização ligada, ao sair o carro bateu lateralmente ocasionando o acidente; QUE foi socorrido pelo SAMU para o HOSPITAL SÃO LUCAS, apresentando TRAUMA NA CRAVICULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES, tendo como testemunhas; MARIA HILDACI NOBRE MARCIEL E JEYFFSON DOUGLAS RABELO FREITAS (Documentos apresentados e anexos); QUE a motocicleta era conduzida por SERGIO MARIO GADELHA- CNH 01936325267, o qual não sofreu lesões, somente escoriações leves e participação como condutor do veículo; QUE o Noticiante manifesta desejo de receber o SEGURO DPVAT. E nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


SANDRA HELENA GIRÃO - MAT.: 300366-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :

THALLES JOSÉ DE MELO LIMA - MAT.: 30124359

fls. 21

SANTA CASA DE M NOVA

AV. MANOEL CASTRO 23
PEN. RO CEP 62 940 000

MORADA NOVA CE

Fº Clezio de Sousa
Goren 255708



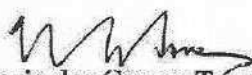
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



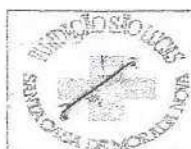
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** compareceu a um chamado para atendimento pré-hospitalar do Sr. **DALLIS WILKER MAIA LEMOS**, RG n.º 35222882000, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 015.694.603-37, no dia 14/08/2019, às 20h00, no Município de Morada Nova-CE, no cruzamento da Rua Francisco Monteiro Maia com a Rua Coronel José Epifanio, próximo ao Luciano Ótica, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para a **Santa Casa de Morada Nova – Fundação São Lucas**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, **ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 04 de novembro de 2019.



Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GUIA DE REFERÊNCIA

16370006824

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

MUNICÍPIO:

NOME:

Morada Nova

SEXO: M (x) F ()

DATA DO NASCIMENTO:

29/04/84

OCUPAÇÃO:

ENDEREÇO:

Zeca Elias Bandeira

Nº 218

BAIRRO:

FONE:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

RESULTADO DE EXAMES:

CONDIÇÃO REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO

médico-
FUNÇÃO

DATA

HORA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO:

ALTA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

SECUNDÁRIO 1:

SECUNDÁRIO 2:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
AVENIDA MANOEL CASTRO, 237
MORADA NOVA-CE
(88) 3422 1411
CONVENIOS (88) 3422 3860

RECETTUÁRIO MÉDICO

Declarações

Declaro para devidos fins, Dailio Wilker Maia Lemos, foi vítima de trauma dorsal com hematoma lombar volumoso. Encontra-se em tratamento com drenagens repetitivas do hematoma. O mesmo está impossibilitado de trabalhar por tempo indeterminado.

Dr. Fco. Ferreira Filho
Cirurgia Geral e Digestiva
Gastro - Endoscopia Digestiva
CRM: 5273

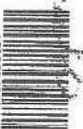
MORADA NOVA, 04 / 09 / 19

15/08/2019

Guia de Atendimento 03...



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



SUS - SUS

Profissional: VICTOR
Setor: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Consulta: URGÊNCIA

Turno: DIURNO

15/08/2019 09:16:47

19

Paciente: 00120828 - DALIS WILKER MAIA LEMOS
Endereço: RUA - ZACARIAS BANDEIRA - 218 - ZONA RURAL - MORADA NOVA - CE
Fone: (88) 90064528628
Naturalidade: MORADA NOVA - CE
Nº da Carteira: Validade:
Mãe: ELENI MAIA LEMOS
Pai: JOAO DE BRITO LEMOS
Sexo: M DN: 29/04/1984 - 35 A 3 M 16 D Est. Civil: Solteiro(a)
CNS: 704801065704941 CPF: 025.000.000-00 PROX A LOJA
Ocup: AUXILIAR DE SERVIÇOS GE
Ração/Cor: PARDAPICE
SisPrenatal:

Anotações de Outros Profissionais

Peso: _____ KG. Temp.: _____ °C. P. A. _____ mmHg D. X. _____

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL

Anotações Médicas

Conduta:

Diagnóstico:

*Refrat 100 mcead
Biquin 21/08/2019*

Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Maria Auberla Lemos

Atendimento: 1900304313

Registrado por: maria.aubrelza

*02
23000*

15/08/2019

Guia de Internação 01 ...

CX 114 fls. 26 2019



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1900304318 15/08/2019 10:34:09 - GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-01.020.002

Paciente	Nascimento	CNS	CPF
00120828 - DALIS WILKER MAIA LEMOS	29/04/1984 Id: 35 A 3 M 16 D	704801065704941	
Documento	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
Identidade - 35222882000 - SSP/CE - 22/11/2000	M	Solteiro(a)	Parda -
Endereço	CEP	Complemento	Ocupação
RUA - ZACARIAS BANDEIRA - 218 - ZONA RURAL - MORADA NOVA - CE	62.940-000	PROX A LOJA LUCIA CA	AUXILIAR DE SERVIÇOS
Naturalidade	Contatos		
MORADA NOVA - CE	(88) 99695-9628		
Mãe	Pai		SisPreNatal
ELENI MAIA LEMOS	JOAO DE BRITO LEMOS		
Piano - Convênio	Carteira	Validade	Autorização
SUS - SUS			
Caráter de Atendimento	Procedencia	Especialidade	Profissional Solicitante
Urgência		TRAUMA/ORTOPEDIA	VICTOR PONTES PARAHYBA
CID Principal	Procedimento Solicitado		Perm. Máxima (dias)

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()

Convênio: Autorizado Até: ____/____/____ Prorrogado Até: ____/____/____

Outros () Especificar: _____

Data da Saída: 17/08/19 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

OPERAÇÃO

PRINCIPAL: _____

SECUNDÁRIA: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Dr. David

Médico Responsável

Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aube

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO e esaj.tce.jus.br, protocolado em 16/03/2020 às 17:50, sob o número 02187433420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0218743-34.2020.8.06.0001 e código 62F7B2E.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

2 - CNES
232800-3

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

4 - CNES
232800-3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DALIS WILKER MAIA LEMOS

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00120828

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
704801065704941

8 - DATA DE NASCIMENTO
29/04/1984

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
ELENI MAIA LEMOS

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99695-9628

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
DALIS WILKER MAIA LEMOS

14 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99695-9628

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: ZACARIAS BANDEIRA - 218 - PROX A LOJA LUCIA CA - ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MORADA NOVA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
230870

18 - UF
CE

19 - CEP
62.940-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

h d deambul

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Humildade de agir

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anexo 1 - RUA

h d deambul

7068

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

700 agir

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

308010019

29 - CLÍNICA

TRAUMATOLOGICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO

C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO DE CONSULTA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

980016281237825

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

VICTOR PONTES PARAHYBA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/08/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

☐ CNS

☐ CPF

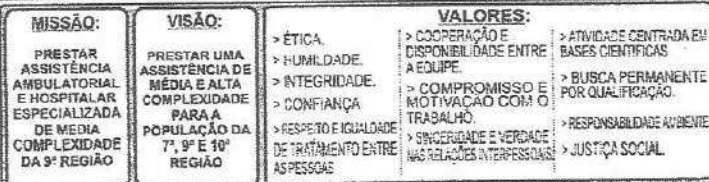
49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/08/19

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

Carimbo: CRM 9871 SEMUSRUSSAS



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

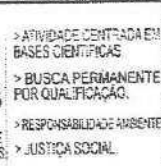
NOME:

Nome do Paciente: Galio wilker mais lemos

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DOENÇAS CRÔNICAS: > CÂNCER () > DIABETES () > BRÔNQUITE OU ASMA () > HIPERTENSÃO () > DOENÇA DO CORAÇÃO ()
> INSUF. RENAL () > DEPRESSÃO () OUTRO: _____

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
		12 l clauder Dr. Victor P. Granhyda Ortopedia e Traumatologia
		Don't know - lumber Sul 72 - Dr. Victor P. Granhyda Ortopedia e Traumatologia



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-



ATESTADO

Atesto

para

os

devidos

finis

que

Dalva Wulka Nova Luna

foi submetido

a

trabalho comunitário de proteção à

Recebe

alta nesta data.

Russas, 12/20

Médico Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
882737332

NOME
DALLIS WILKER MAIA LEMOS

DOC. IDENTIDADE / OBS. EMISSOR UF
35222882000 SSP CE

CPF
015.694.603-37

DATA NASCIMENTO
29/04/1988

FRACÇÃO
JOAO DE BRITO LEMOS
ELENI MAIA LEMOS

PERMISSÃO
ACC
CATAR
AB

Nº REGISTRO
04021061800

VALIDADE
14/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
06/01/2007

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Dallis Wilker Maia Lemos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
22/11/2013

Luiz Vitor
ASSINATURA DO EMISSOR

48446027406
CE138756660

DETRAN - CE (CLAR)

CARTÃO CHA AS FILHO
2º OFÍCIO
com o original, Dou fe
da - (CE), 11/11/2016
da Verdade

GT 876841

Maria Gilvane de Brito
Escritor de Matrícula

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 8915751440
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM INTRAC EXERCÍCIO
ZIBI 01 342994107 0000000000 2011

SERGIO MARIO GADELHA

***** MORADA NOVA CE

53415744353 OCP2795

*****/CE 9C2KD0550BR558292

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES 2011 2011

2P/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

1	***** **	*/**/**	1	*****
P				
V				
A	***	***** **	3	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO *****

AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HON

JOÃO DE AGUIAR PUPO
MORADA NOVA SUPERINTENDENTE DI CE 19/08/2011

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE SUO POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

CE Nº 8915751440 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SERGIO MARIO GADELHA

***** MORADA NOVA CE

53415744353 OCP2795

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 8915751440 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2011 19/08/2011

SERGIO MARIO GADELHA

***** **

01 53415744353 OCP2795

342994107 HONDA/NXR150 BROS ES

2011 09 9C2KD0550BR558292

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

Seguradora SINDIVEL

LOTE/DOC 86166/09 DO SEGURO DPVAT S/A

MOTOR: KD0550BR558292

PROIBIDO PLASTIFICAR

1351396631

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1351396631

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTERA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
SERGIO MARIO GABRIEL

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSAO
190222/89 **SSP** **CE**

CPF
534.157.443-53 **DATA ASSINATURA**
27/01/1971

NOME
ANTONIO GABRIEL LEMOS
FRANCISCA NILA LEMOS

Nº IDENTIFIC.
0193532267

VALIDADE
26/08/2031

1ª EMISSAO
28/09/1991

ASSINATURA
Sergio Mario Gabriel

LOCAL
SARUBA NOVA, CE

DATA EMISSAO
02/09/2016

ASSINATURA DO TITULAR
1-14-24

ASSINATURA DO DETENTOR
44501623217
CE155175572

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paula Daniele de Freitas Santos inscrito (a) no CPF 024.525.343 / 23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dallis Wilken Uniao Lemos inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.694.603 / 37 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Dallis Wilken Uniao Lemos inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.694.603 / 37 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Vallen Carneiro Gomes</u>		Número <u>491</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>João de agosto</u>	Cidade <u>Moreno novo</u>	Estado <u>ceara</u>	CEP <u>62.940.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>11</u>	<u>11</u>

Moreno novo 13 de Juleneno 2020
Local e Data

Paula Daniele de Freitas Santos
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: <u>Dalles Wilken mais Leves</u>		Nacionalidade:	
Estado Civil:	Profissão: <u>Recebeu</u>	Carteira de Identidade: <u>3522282000</u>	
CPF nº: <u>015.694.603 - 37</u>	Endereço: <u>Rua: Zaccaria Bandeira</u>		
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Monodanov</u>	Estado: <u>ceara</u>	CEP: <u>62.940.000</u>

OUTORGADO:

Nome: <u>Paula Daniele de Freitas dos Santos</u>		Nacionalidade:	
Estado Civil:	Profissão: <u>Recebeu</u>	Carteira de Identidade: <u>2004032120471</u>	
CPF nº: <u>024.525.343 - 23</u>	Endereço: <u>Rua: Vallen Carneiro Gomes</u>		
Bairro: <u>dois de agosto</u>	Cidade: <u>monodanov</u>	Estado: <u>ceara</u>	CEP: <u>62.940.000</u>

Por este instrumento particular de procuração, **O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade **DO OUTORGANTE** a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados **AO OUTORGADO**.

Monodanov 1 nova 05 de Setembro de 2019.

Dalles Wilken mais Leves
OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

FOLGEMAR DIREITO

Paula Daniele Freitas Santos

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2004032120471 DATA 25/10/2004

PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS

FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS E
MÁRIA DEUVANIRA MONTEIRO DE FREITAS
DOS SANTOS

MORADA NOVA-CE DATA DE NASCIMENTO
1/7/1987

CERT. NASC. 7264 L AIO F

35V IEICUITINGA/CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEIA: 7.118 DE 1980/23

CÓDIGO DE CONTROLE
1A5E.A074.43EF.30BD

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:44:23 do dia 06/05/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.525.343-23

Nome
PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS

Nascimento
01/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

10035617

lei criada pelo Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

fls. 37

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 007121031

Rota MN017U13

Referência 08/2019

Nome ZILDENIA FERNANDO LIMA

Endereço RU WALTER CARNEIRO GIRAÓ, 00493 - 00493 AP 493, 02

Classificação DE AGOSTO, 62940-000, MORADA NOVA

Modalidade Tarifária Resid. Baixa Renda BPC

Ligação Monofásico B1 RESIDENCIAL Emissão 26/08/2019

Medidor 6214613-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

BPA21A85EEDACF47E0B9CF8640H2008

DATAS DE LEITURA

Anterior 26/07/2019 Atual 26/08/2019 P.F.: 31 dias Próxima prevista 25/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	1.148	1.052	1,00	96	30	96	0,28427	27,29

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	7,58
PIS COMPL BX RENDA	-	0,39
COFINS COMPL BX RENDA	-	1,68
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-26,95
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	26,95
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-39,28
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,19000	5,70
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,32712	21,59
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00367	0,11
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05967	1,79
MULTA	-	0,44

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	56,14	1,35	0,77
COFINS	56,14	6,16	3,46

02/09/2019

0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

021.882.133-60

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂) 0 0 0,00 100

37,47 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/07 Valor R\$58,48). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Podera ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000010035617.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO VALOR(R\$)

07/2019 58,48

Total: R\$ 58,48

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 27/07 -
31/07 Vermelha : 01/08 - 26/08

Nº do Cliente:

Data de Emissão: 10035617

Nº da Nota Fiscal: 26/08/2019

007121031

Referência:

Total a Pagar (R\$):

Nº de Controle:

08/2019

0,00

30001481216

V: [1.0.0.4]

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA

SEGURO DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS

SALA DE IMPRENSA

TRABALHE CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

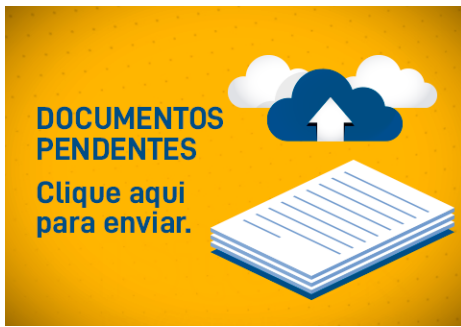
SINISTRO 3200076309 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DALLIS WILKER MAIA LEMOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO DALLIS WILKER MAIA LEMOS
CPF/CNPJ: 01569460337

Posição em 16-03-2020 17:21:24
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/02/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/03/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/rt4SbsSpF5US1 nazytMxI api_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0pvXwx94arza5JW72jy9ryw=)
18/02/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/slGEEIzpmLAJgyefW6Cowg api_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0pvXwx94arza5JW72jy9ryw=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A

COMO PEDIR 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)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



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

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(https://pt-br.wikipedia.org/wiki/Seguro_DPvat)
 I%C3%ADder-
 dpvat)

Serviços

› Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

- › [Consulta a Pagamentos \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](#)
- › [Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
- › [Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento\)](#)
- › [Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](#)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

Atendimento

- › [Chat - Atendimento On-line \(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line\)](#)
- › [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
- › [Telefones de Contato \(/Contato/telefones-de-contato\)](#)
- › [Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria\)](#)
- › [Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias\)](#)
- › [Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](#)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)