

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200058312 Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 22/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
-----------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058312

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200058312 Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 22/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058312

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 77,30
Juros:	R\$ 19,67
Total creditado:	R\$ 2.459,47

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.459,47

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000041352-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 060.979.354-39 Nome completo da vítima: Romeo de Araújo

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

Nome completo: Romeo de Araújo CPF: 060.979.354-39

Profissão: carpinteiro Endereço: Setor Passagem Número: 5/n Complemento:

Bairro: Área Rural Cidade: Sobrado Estado: PB CEP: 58342-000

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)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 000413520 AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 LIDER 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Romeo de Araújo

Local e Data: João Pessoa, 30/01/00

Nome: Romeo de Araújo

CPF: 060.979.354-39

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura:

2ª | Nome: CPF:

Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 961/2019

Aos quatro (04) dias do mês de maio do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 07:30 HS; compareceu JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO, brasileiro, casado, com 42 anos de idade, natural de Sapé, filho de José Batista de Araújo e Maria das Dôres dos Ramos, residente Sítio Areia Branca, s/n, zona rural de Riachão, o qual declarou o seguinte: QUE no dia 22 de maio do corrente ano, o noticiante pilotava uma moto Honda CG 150 FAN ESI de placa OEX 9553/PB, quando colidiu com um caminhão de placas KFF 2150/PB; QUE o acidente ocorreu na localidade de Lagoa do Padre; QUE por conta do acidente, o noticiante ficou internado no Hospital de Traumas, e até hoje tem sequelas do acidente. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE

Josival Ramos de Araújo

ESCRIVÃ POLÍCIA;

Cezarina Maria Araújo de Medeiros

MAT: 135.635-6

Mat: 135. 635- 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 060.979.354-39 Nome completo da vítima: Romeo de Araújo

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

Nome completo: Romeo de Araújo CPF: 060.979.354-39

Profissão: carpinteiro Endereço: Setor Passagem Número: 5/n Complemento:

Bairro: Área Rural Cidade: Sobrado Estado: PB CEP: 58342-000

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 000413520

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 LIDER 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.

Local e Data: João Pessoa, 30/01/00

Nome: João Pessoa

CPF: 060.979.354-39

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Pessoa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

CERTIDÃO

Nº. 1640/2019

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CÂMARA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº231864 e Prontuário Nº 2019.05.2748 pertencentes ao paciente **JOSIVAL RAMOS DE ARAÚJO** foi atendido dia 22/05/2019 às 22h28min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/05/2019. Com alta médica dia 26/05/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2019



Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.459,47

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000041352-0

Nr. da Autenticação 30C7CCC72548BB0F

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

CONVENIO: 13/01/2020
OPERADOR: 000681458
alex

CONTA: 0922.013.00041352-0
NOME: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO
CPF: 06097935439

COD. OPERACAO: 13101250

OPERACAO REALIZADA COM
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO
ST PASSAGEM, S/N - AREA RURAL
SOBRADO/ PB CEP: 5842000 (AO: 51)

Ligação: MONOFASICO
C/S: RES MTD 011/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 15 - 254 - 730 - 2120 Referência: Dez / 2019
Modo: 000681458 Emissão: 26/12/2019 -

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R/230, km 25 - Oito de Setembro - João Pessoa/PB - CEP: 58071-600
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.123-0
Nota Fiscal: Condição de Venda: Energia M300.442.000
Cód. para Dte. Automática: 00019101250

Dez / 2018

26/12/2019

24/01/2020

000.979.354-39

Aproveite o 12º mês e realize suas contas em dólar, podemos
regalar para você começar o ano novo numa boa!

Data	Leitura	Data	Leitura	1	2	3
23/11/19	9942	25/12/19	5178	1	124	29

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0001 Consumo em kWh	134.000	3.812.070	108.03	108.03	27	25.41	108.03
0001 Adic. B. Vermeto	2.29	2.29	27	0.82	2.29	0.03	0.11
0001 Adic. B. Amarel	1.94	1.94	27	0.52	1.94	0.03	0.09

201 Código de Classificação de 2011 TOTAL 113.16 113.16 20.55 113.16 1.19 5.45
Tarifa de Transmissão 0.545400

06/01/2020

R\$ 113.16

RESERVADO AO FISCO

66f6.d180.431f.729b.38b3.2e8b.9aa7.8571.

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor (R\$)	%	
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	29.11	25.72	
Consumo de Energia	39.12	34.53	
Serviço de Transmissão	4.23	3.73	
Serviço de Distribuição	4.07	3.59	
Impostos Diretos e Encargos	37.23	32.93	
Outros Serviços	0.00	0.00	
Total	113.16	100.00	

Valor de R\$ 113.16 (R\$ 113.16)

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 180156230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Domicílio:

971 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS

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/BIBLIOTECABWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Floriana do Silva Camar inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.079.624/69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joacil Remo de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.799.354/39 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Joacil Remo de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.979.354/39, 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 Lider-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 da República</u>		Número <u>310</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD) <u>(83) 8873-0310</u>

João Pessoa, 31 de junho de 2020
Local e Data

Floriana do Silva Camar
Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 231864

Atd: Nao Regulad

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 22/05/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 22:28:52

580564334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Num. Prontuario: 2019.05.002748

CNS: 708603168710287 Sexo: M IDENTIDADE: 2260285 Fone: 991655831

Natural: SAPE/PR Data Nasc.: 15/11/1976 Id: 42 ano(s)

End.: SETIO AREIA DO SOBRADO,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOBRADO UF :PR

Mae: MARIA DAS DORES DOS RAMOS

Pai: JOSE BATISTA DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Tel/Cel. Responsavel: 991655831 / IDENTIDADE: 2260285

P. Identific: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NO LAGOA DO PADRE/COND.

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

RA: FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

PC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulso

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. And: O2%:

☐ Regular ☐ Chocado☐ Vômito

Queixa Principal:

Observação:

IA EM MSE

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEETSHL, CONFORME PACTUACAO.

História - Exame Físico - (hora de atendimento médico)

DOENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA, VITIMA DE ACIDENTE MOTO

APROXIMANDO MEMBROS DE GALEATI.

Diagnóstico:

Conduta

Prescrição:

Horario da medicação

INTERNOU PI TIO CIRURGICA

Dr. Murty Colares
Especialista em Traumatologia
CRM: 14089

Dr. Pontes

AO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Enfermagem

☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

ente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/05/19

Nome: JOSIVAL RAMOS DE AMATO
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: DOR EM ANTEBRAÇO

HDA: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO DOU O DEFORMIDADE
E- ANTEBRAÇO (C)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Hábitos:

[] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF
[] Neo [] Tabagismo

Alimentação

es:

DM TB NEO

ura: m IMC = PA = mmHg
FR = TEMP(°C) =

e Otoscopia):

Complementares:

s: FX DIATISOMIA DE RADIO A LUZAO DO ARUD

CIRURGICO

Dr. Yuri ...
Otopneumologista
CRM-PB: 11111

Dr. ...

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Paulo R. de Araújo</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>R. F. Silva</i>			1º Assistente: <i>R. F. Silva</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>R. Jorge</i>		Tipo Anestesia: <i>OPG</i>		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Feito radiu</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O u</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Excrise</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 () Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

P de h sul

Adm sul

Per giclos

Per d put

Per c/Plum e

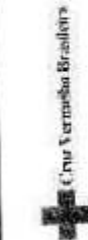
Depress

put plum - luto

Dr. Filipe G. F. Borgarelli
CRM-PB 5395
CRM-PE 14654
SBOT 0876

5,13

MÉDICO/CRM



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data: 22/05/2019 16:59:02

Idade: 42

Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1164534

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO ANTEBRAÇO
ESQUERDO
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DO RÁDIO
CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO AO TRAUMINHA

Dr. Luiz Juvêncio
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8637 / FORT 1932

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Receituário

Paciente: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data: 22/05/2019 16:59:02

Idade: 42

Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1164534

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO ANTEBRAÇO
ESQUERDO
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DO RÁDIO
CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO AO TRAUMINHA

Dr. Luiz Juvêncio
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8637 / FORT 1932

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>JOSIVAL RAMOS DE SAUSO</u>				FRONTUÁRIO Nº	
IDADE <u>42a</u>	SEXO <u>M.</u>	COR	CLÍNICA	ENF. <u>17</u>	LEITO <u>160.</u>
DATA DE ADMISSÃO <u>22/05/19.</u>		DATA DE ALTA <u>26/05/2019.</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Px. RÍDIO (D) DIÁFISE</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>O MESMO.</u>				552.3	
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>RADIOGRAFIA.</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>OSTEOSÍNTESE.</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com Px RÍDIO (DIÁFISE); foi submetido a procedimento cirúrgico com reposição de fêmur e fixação por placa e parafusos com bons resultados.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 22 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 25 dias e com esforço maior em 30 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ANALGÉSICO + ANTIBIÓTICO

RETORNO

Ao posto de saúde em

Ao Ambulatório do

10
ENTORPEV.P

para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão.

Dr. FIDEL

26/05/19.

DATA

Dr. Kátia Farias da Nobrega

Res. Ortopedia e Traumatologia

CRM nº 11004

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
MANGABEIRA
CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: JOSIVAL RAMOS

DATA DO ATENDIMENTO: 28/05/18

☐ N° PRONTUÁRIO: ☐ FICHA:

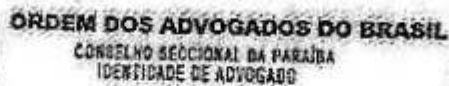
MÉDICO (CARIMBO): Dr. F. Lopes

DIAGNÓSTICO: FX RÓDIO (E)

PROCEDIMENTO: QUILATEL

OSTEOSÍNTESE.

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.



ELSE

FLÁVIANA DA SILVA CÂMARA

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA

ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

mailto:mafe@u.washington.edu

JOÃO PESSOA-FB

34

207:100 - SSP1P2

SPACES DE DÉCISION & TRADING

5:50 PM

2478 © 2005 Blackwell Publishing Ltd

15103:1504

2

044.079-624-63

PA ENGINEERING

01 12/01/2005

Journal of Management Education 32(1)

1. **THEORY**

16540



10

TEM REPÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL. 07841734

USO CASADAYANO
CENTRO DE CIVIL PARA TODOS LOS FINES LEGALES
[Art. 12 de Ley N° 17833-05]



● 2014年12月10日 星期三

Sanctum de Jhu. B. Maria



www.elsevier.com/locate/bsc

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

060.979.354-39

Nome

JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Nascimento

15/11/1976

DIP/10



Josival Ramos de Araujo

2260285 16 FEB 1976

JOSIVAL RAMOS DE ARAÚJO

João Batista de Araújo

Maria das Dores dos Ramos

Sapé-PB

15.11.1976

Cert. Nascimento. 13.363.Fis.110.Liv.
15.Cert.Sobrado. Dist. Sapé-PB.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058312 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE GALEAZZI À ESQUERDA. P3, 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P6, 8
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058312 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE GALEAZZI À ESQUERDA. P3, 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P6, 8
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Josival Ramos de Araújo, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua São Romagem nº n/n, bairro Área Rural, Município de Sobrado, Estado de (p) Paraná Cep: 58342000, portador(a) do Rg nº 2260285, SSP/PB e CPF nº 060.979.354-39.

Outorgado: Floriana da Silva Câmara, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 310, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraná Cep: 58010-180, portador (a) do RG nº 2671140 SSP/PB e CPF nº 048.049.624-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Josival Ramos de Araújo, ocorrido em 22.05.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza involuntária.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 29, de 01 de 20

Josival Ramos de Araújo
Outorgante
CPF nº 060.979.354-39

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

2º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-005150
Reconheço por autenticidade a firma de:
JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Doc. nº: em testemunho da verdade João Pessoa - PB, 29/01/2020 10:51:46
EMOL: R\$ 10,22 FEP: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,61
SELO DIGITAL: AJR00102-0X52
Confira a autenticidade em <https://selodigital.trib.ju.br>

IVONE TE VEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

MEIRA BATISTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047651/20

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

CPF: 060.979.354-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO : 060.979.354-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047651/20

Número do Sinistro: 3200058312

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

CPF: 060.979.354-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO