

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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 (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

060.979.354-39 Joséval Romos de Araújo

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

Nome completo:

Joséval Romos de Araújo

CPF:

060.979.354-39
5/n

Número:

Complemento:

Profissão:

Ator

Endereço:

Sítio Parquegem

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Sobradinho

Estado:

DF

CEP:

58342-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 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: 0920

CONTA: 000413520

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 atende 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 as 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, §2º, 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:
Vivos: Falecidos:

Vítima deixou
nascituro (vai nascer)?

Sim Não

Vítima deixou
pais/avós vivos?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.

Imprime-se
e assina-se
o formulário
em duas vias

Local e Data:

Name:

CPF:

João Pessoa, 30/01/20

Joséval Romos de Araújo

060.979.354-39

(*) Assinatura de quem assina A.R.O.G.O

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | 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 SEL 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
5^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA 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 Policia 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 motoHonda 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:

ESCRIVÃ POLICIA:

Cezarina Maria Araujo 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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

060.979.354-39 Joséval Romos de Araújo

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

Nome completo:

Joséval Romos de Araújo

CPF:

060.979.354-39
5/n

Número:

Complemento:

Profissão:

Ator

Endereço:

Sítio Parquegem

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Sobradinho

Estado:

DF

CEP:

58342-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 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: 0920

CONTA: 000413520

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 atende 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 as 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, §2º, 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:

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.

Imprime-se
escreve-se
assinatura
de beneficiário
declarante

Local e Data:

Name:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A.R.O.G.O

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | 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 SEL 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

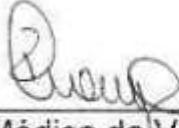
Nº. 1640/2019

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 N° 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

JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO
SIT PASSAGEM SIN - ÁREA RURAL
SCARABOIX PRÓCER, FAMÍLIA AG. E

Liquidación
Calle: RES MTC 011 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Número: 15-264-780-3120 Referencia Det: 2013
Municipio: QUITO ECUADOR
Entidad: GEM/2013-0

ENERGISA PARANÁ - CSTR BUDORA DE ENERGIA S/A
B-232, Km 25, Distrito Administrativo de Foz do Iguaçu/PR - CEP 85007-1600
CNPJ 08.095.180/0001-40 - inscrição 16.015/125-0

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA ADUT

**COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POLIPANIA FÁCTI**

13/01/2020

CONVENIO: 000681458
OPERADOR: alex

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

COD. OPERAÇÃO: 13101250

OPERAÇÃO REALIZADA COM SUCESSO

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

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 7492

Buvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

Aproveite o 12º encontro de suis-comissas em São Paulo, podermos conversar para você começar a sua nova carreira!

Data	Lectura	Data	Lectura						
Consumo	Tensão	Consumo	Tensão	Consumo	Tensão	Consumo	Tensão		
23/11/16	8042	29/12/16	8178	1	124	35			
0001 Consumo em kWh	134.000	3.012970	188.93	188.93	27	28.41	188.93	1.16	9.26
0001 Acl. B. Vermeia			2.29	2.29	27	0.82	2.29	0.13	0.11
0001 Acl. B. Amarela			1.36	1.36	27	0.52	1.36	0.13	0.06

201 Codigos Classificacao do item TOTAL 113,16 113,16 20,55 113,16 1,19 5,46
Total de Itens 0 545400

DS/B1/2020

PS-113-16

RESERVADO AO FISCO

5616 d180 431f 729b 36b3 2e5b 9aa7 8571

					Composição do Consumo		
					Discriminadas	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	11,94	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Distribuição/PB	29,15	26,72
DIG TRIMESTRAL	23,89	0,00			Centrais de Energia	30,12	27,53
DIAS/ANUAL	47,79	0,00			Serviço de Transportes	4,33	3,83
DIAS/MENSAL	7,14	0,00	CONTRATADA	222	Prestação Diversas	4,31	3,80
DIAS/TRIMESTRAL	15,48	0,00	LIMITE PFF-EDR	222	Investimento Direto e Encargos	37,22	32,83
DIAS/ANUAL	30,99	0,00	LIMITE SUPERCR	231	Outros Serviços	0,00	0,00
CME	8,53	0,00			Total	113,16	100,00

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.: 160156230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

Domicilio:

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS

971 Medidor: 00008162616

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Floriana de Siqueira Coimbra inscrito (a) no CPF sob o N048.079.624-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joséval Romeo de Araújo inscrito (a) no CPF sob o N060.979.354-39, do sinistro de DPVAT cobertura janeiro da Vítima Joséval Romeo de Araújo, inscrito (a) no CPF sob o N060.979.354-39, 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		Número	Complemento
Rua da República		390	
Centro	João Pessoa	PB	
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	(83) 3873-0310

8 pessoa, 31 de janeiro de 2020
Local e Data

Floriana de Siqueira Coimbra

Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGAREIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: GENÉRICO FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 231864 Atd: Nao Regulad
Data: 22/05/2019
Hora: 22:28:52
Recepctionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO Num. de vezes atendido: 1
CNS: 708600368710287 Sexo: M IDENTIDADE: 2260285 Fone: 991655831
Natural: SAPE/PR Data Nasc.: 15/11/1976 Id: 42 ano(s)

End.: SITIO AREIA DO SOBRADO,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOBRADO UF :PB

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

Escalaridade:

Respi: JOSE AL RAMOS DE ARAUJO

Tel/Cel. Disponivel: 991655831 / IDENTIDADE: 2260285

L. Local: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

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

[] Caso Policial

PRA-CONSULTA

tipo de Classificacão de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IVC:

[] Diarreia [] Agitado

Cir. And: O2%:

[] Regular [] Chocado

Sintoma Principal:

[] Vomito
Observacao:

[] JA EM MSE

PACIENTE ENCAMINHADO DO MEETSHL, CONFORME
PACTUACAO.

Exame - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PODE SER ENCAMINHADO DO TRAUMA, VITIMA DE ACIDENTE MOTO

APERTAMENTO P/ TTO DE GALEAZI.

Disponibil:

| Conduta

Praticas:

| Horario da medição

| 11:30 AM

| 11:

-AO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dose	Horario	Evolucao

----- | Reservado p/ liberacao
enfermagem |

[] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IMI

José Kortzeff

Médico Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/05/19

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

QPD: DOU EN ANTEBACO

HDA: VITIMA DE ACIDENTE MOTO DOU EN DEPOIS MIRAC
EN A-RENAGO 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
[]Dispneia []Palpações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

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

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

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

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

Hábitos:

- HEP Dislipidemia Banho de Rio Casa de Taipa _____
 Neo _____ Tabagismo _____

[] HTF

Alimentação _____

es:

DM _____ TB _____ NEO _____

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

e Otoscopia): _____

Complementares: _____

s: FX DIAFRANIA OF RADIO → LUTAO M ARVO

CIRURGICO

Dr. Tury Sá de Castro
Onofre Lopes
Cirurgia PB 1300

Dr. Portela

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José L. de Alencar</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Edmundo</i>			1º Assistente: <i>Dr. Henrique</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Jorginho</i>		Tipo Anestesia: <i>OPG</i>		Horário:	I: _____ T: _____

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Feb. Radicular

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O u

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Sx cir. jen.

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Pulmão

Abaixo

Fetos

Pelos

Fríos e frios

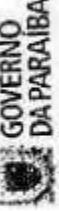
Refluxo

estufas - entorpecentes

Dr. Fidias G. F. Borges
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SEOT 04776

5/13

MÉDICO/CRM



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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 JUVENIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
8637/PB



Dr. LUIZ JUVENIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
8637/PB

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 JUVENIO 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

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	Josival R. de Souza			PRONTUÁRIO N°	
IDADE	42a	SEXO	UR	CLÍNICA	ENF. 17 LITRO 160.
DATA DE ADMISSÃO	22/05/19	DATA DE ALTA	26/05/2019	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fx. Rádio (D) DIÓFISE			CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	O mesmo.			582.3	
OUTRAS DIAGNÓSTICOS	—				
PRINCIPAIS EXAMES	RADIOGRAFIA.				
PROCEDIMENTO REALIZADO:	OSTEOSÍNOSIS.				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
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					
CONDICÕES 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, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)
 PRESENTE com Rx rádio (diófise) G, foi submetido a procedimento cirúrgico com reposição de placa e ferreiragem realizada no dia em 20/05/2019.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 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 + anti-inflamatório

RETORNO Ao posto de saúde em 10 para retirada de pontos.
 Ao Ambulatório do ontopedi em 30 dias para revisão. Dr. Fábio

DATA 26/05/19. Dr. Kleber Lamas da Nobreza
 Dr. Cláudio e Traumatologista
 CRM 11004 ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
 Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
 TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Josival Ramos

DATA DO ATENDIMENTO: 25/05/18

Nº PRONTUÁRIO: FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Flávio

DIAGNÓSTICO: Fr Rádio 6

PROCEDIMENTO: Golpe Eti
Osteosíntese.

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL



CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
FLÁVIA DA SILVA CÂMARA

NÚMERO:
16540
NOME:
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

RESIDÊNCIA:
RUA
JOÃO PESSOA-PB
CEP
5071100 - ESPÍRITO SANTO DE ANGÉLICO E TECIM

UF:

NÚM. DE IDENTIF.

15/05/1984

CP

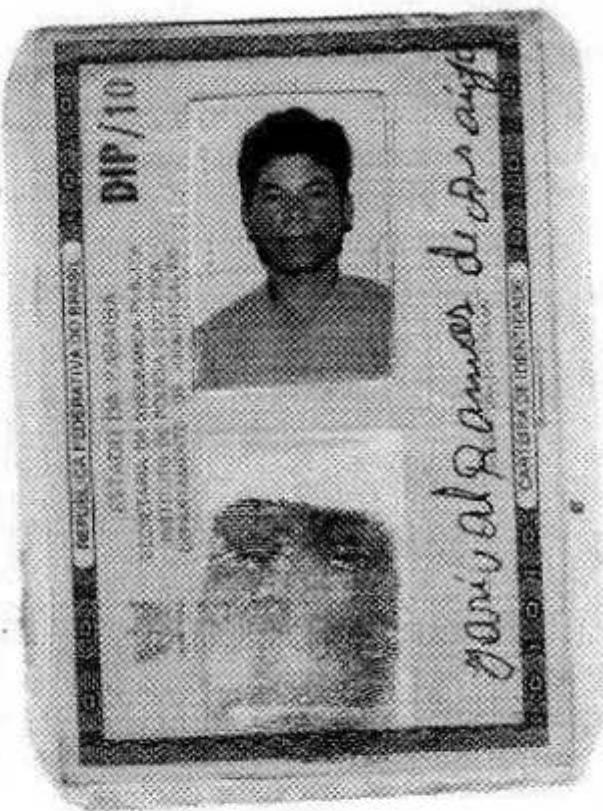
048.079.624-63

FM EXPEDIDA

01 12/07/2008

JOSÉ MÁRIO PORTO JÚNIOR
FOTOGRAFO





2260285 26 FEB 1995

JOSIVAI RAMOS DE ARAUJO

José Batista de Araújo

Maria das Dôres dos Ramos

Sapé-PB

15.11.1976

Cert. Nasc. 23.363. Fls. 110. Div.
15. Cart. Sobre o Dist. Sepe-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 Romos de Araujo, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Silveira Parreira, nº 111, bairro Área Rural, Município de Sobrado, Estado de(o) Pernambuco, Cep: 58342-000, portador(a) do RG nº 2.260.285, SSP/PE e CPF nº 060.979.354-39.

Outorgado: Floriana da Silva Comaro, brasileiro(a), estado civil sólteiro, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 310, bairro Centro, Município de Poco Pênsa, Estado de (o) Piauí, Cep: 58010-180, portador (a) do RG nº 267.119-0, SSP/PI e CPF nº 418.019.624-69.

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 Romos de Araujo, ocorrido em 22/12/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

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 2019.

Josival Romos de Araujo
Outorgante
CPF Nº 060.979.354-39

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO