

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2015

Carta nº: 6923303

A/C: MARIA DA SILVA SOUZA

Sinistro: 3150293484
Vítima: MARIA DA SILVA SOUZA
Data Acidente: 14/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA DA SILVA SOUZA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000735**

Conta: **0000024557-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2015

Carta nº: 6775499

A/C: MARIA DA SILVA SOUZA

Sinistro: 3150293484
Vítima: MARIA DA SILVA SOUZA
Data Acidente: 14/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

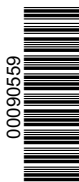
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2015

Carta nº: 6687102

A/C: MARIA DA SILVA SOUZA

Sinistro: 3150293484
Vitima: MARIA DA SILVA SOUZA
Data Acidente: 14/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150293484 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DA SILVA SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SANTO ANTÔNIO nº 26 - OITIZEIRO - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 214983 - SSP**
Data local do exame: **22/04/2015 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TCE. TRAUMA CONTUSO DE FACE COM FRATURA DE OSSO DO NARIZ. TRAUMA CONTUSO DE REGIAO LOMBAR

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

CEFALÉIA RESIDUAL E TONTEIRA. DEFICIT RESIDUAL DE CONCENTRAÇÃO, DE ATENÇÃO E DE MEMÓRIA PÓS TRAUMÁTICA. SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS DA FACE SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS EM REGIAO TORACO LOMBAR

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

FACE

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

SNC

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

COLUMNA TORACOLOMBAR

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 22/04/2015

Médico Perito: MARCUS BARRETO CONDE CRM: 52.38123-0



Marcus B. Conde
Médico
CRM 52.38123-0

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: 04/05/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA SILVA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000024557-1

Nr. da Autenticação C387AED11EE38BAF

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150293484 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA SILVA SOUZA **Data do acidente:** 14/11/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE. TRAUMA CONTUSO DE FACE COM FRATURA DE OSSO DO NARIZ. TRAUMA CONTUSO DE REGIAO LOMBAR

Descrição do exame médico pericial: CEFALÉIA RESIDUAL E TONTEIRA. DEFICIT RESIDUAL DE CONCENTRAÇÃO, DE ATENÇÃO E DE MEMÓRIA PÓS TRAUMÁTICA.
SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS DA FACE
SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS EM REGIAO TORACO LOMBAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: NAO APRESENTA DÉFICIT DA FACE
NÃO APRESENTA PERDA DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORÁCO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL
APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCUS BARRETO CONDE

CRM do médico: 52.38123-0

UF do CRM do médico: RJ

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria da Silva Souza
portador da carteira de identidade nº 214.983 e inscrito no CPF/MF sob o nº 162.116.934-00
residente e domiciliado na R. Santo Antonio, 26 - Artigão
Cidade João Pessoa, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou
impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do
Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

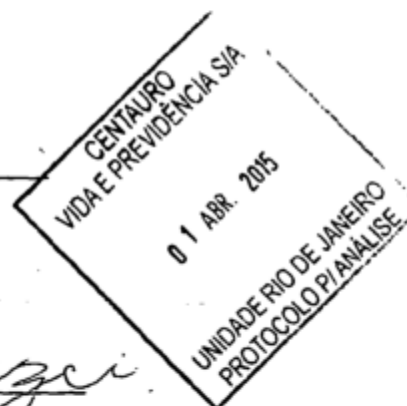
- ☐ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

João Pessoa, PB 19/03/15
Local e data

Maria da Silva Souza
Assinatura do declarante



Assinatura do representante legal



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-5384



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 915/2015

Aos dezenove dias do mês de março do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 08:37h, compareceu o (a) Senhor (a): **MARIA DA SILVA SOUZA**, brasileira, natural de Bananeiras/PB, Divorciada, com 75 anos de idade, Aposentada, Alfabetizada, filha de Pedro Jacob da Silva e de Maria da Conceição, RG. 214.983-SSP/PB, residente na Rua Santo Antônio, nº 32, Bairro dos Novais, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 14/11/14, por volta das 18:00h, quando atravessava a Rua Santos Estanislau, Bairro dos Novais, nesta cidade de João Pessoa/PB, foi atropelada por uma motocicleta de placa não identificada, tendo a notificante sofrido traumatismo crânio encefálico leve e traumatismos múltiplos não especificados, sendo conduzida ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 19 de março de 2015.

Maria da Silva Souza
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-8

Escrivão





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria da Silva SouzaPORTADOR(A) DO RG Nº 214.983 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 04/08/04 ECPF 162116934-00 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Advogado

E RENDA MENSAL DE R\$ 9900 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria da Silva Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

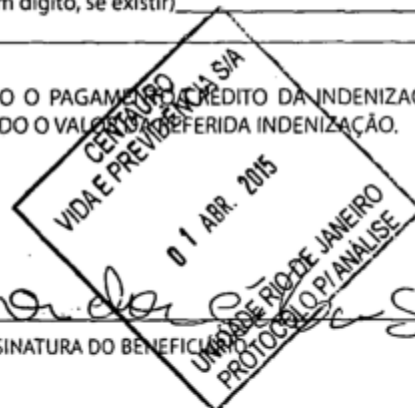
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0735 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24557-1

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

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

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



João Paulo 19 de 03 de 15
LOCAL E DATA

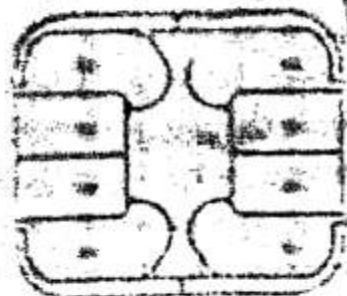
Maria da Silva Souza
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CONTATOS
(83) 3023.3300/8759.5952
(83) 9328.6772/624.9047



CAIXA

CONTA CORRENTE

6277 8012 2101 7365

MARIA DA SILVA SOUZA

0735 001 00024557-1 07/21



DÉBITO

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTÓTIPO PLANO



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 710054

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			Placa ZZZ-0000/PB	
Nome da Vítima MARIA DA SILVA SOUZA			Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 2 - Não Transportado	Data Nascimento 04/08/1939	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 162.116.934-00	Data Ocorrência 14/11/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 915/2015 da autoridade policial sobre a ocorrência;
 () DUT Nº _____ () _____ () _____
 () RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____
 () RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
MARIA DA SILVA SOUZA	Vítima	VITIMA	04/08/1939	58088-130	162.116.934-00

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
 Observações: _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____ **PB**

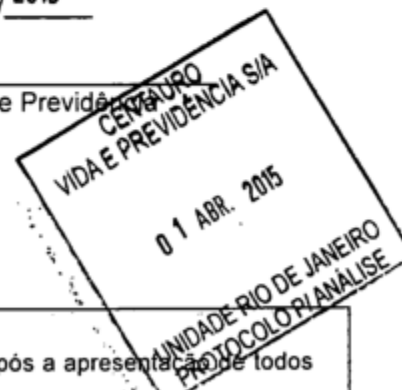
Data **27 MAR. 2015**

Local da Entrega _____ **RJ**

Data **27 MAR. 2015**

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência _____



Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo: 0000/710054

Código: 710054

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO	Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE	Sub-Parceiro MR ASSESSORIA
------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

BO Nº 915/2015	Data BO 19/03/2015	DELEGACIA DEL. DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
-------------------	-----------------------	--

Placa ZZZ-0000/PB	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	IML
----------------------	--	-----

Nome da Vítima MARIA DA SILVA SOUZA	Tipo Sinistrado 2 - Não Transportado	Natureza 2 - INVALIDEZ
--	---	---------------------------

Sexo Sinistrado FEMININO	Data Nascimento 04/08/1939	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 162.116.934-00	Data Ocorrência / Hora 14/11/2014 / 18:00
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--

Cidade JOÃO PESSOA	UF PB	CEP 58088-130	Telefones Fone: (81)3011-3224 / Cel: (81)92183-735
-----------------------	----------	------------------	---

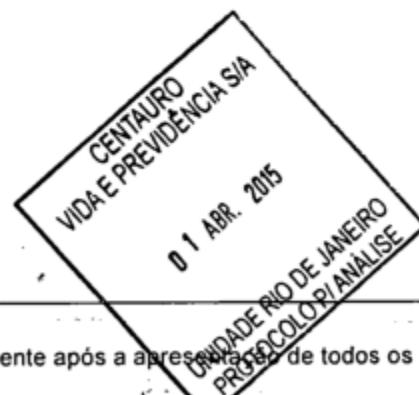
Email atendimento@salek.com.br

Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico EWERTON	Valor(INVALIDEZ)
------------------	------------	-------------------	------------------

Beneficiários						
Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
Profissão			Complemento	Bairro	Cidade	UF
MARIA DA SILVA SOUZA	58088-130	RUA SANTO ANTÔNIO 26	Vítima	VITIMA	04/08/1939	162.116.934-00
OUTROS				OITIZEIRO	JOÃO PESSOA	PB
Banco: 104 Caixa Econômica Fede Ag.: 0735 C/C 24557-1						
R\$ DE 1,00 A 1.000,00						

Histórico

Data	Usuário	Situação
26/03/2015 13:24:02	MSA CINTIA	Pré-Cadastro não analisado
27/03/2015 09:56:08	MSA BIANCA REZENDE	Pré-Cadastro analisado e aprovado



Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauro-on.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 710054 e a data de nascimento 04/08/1939 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



0012

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

214.983-2ª Via

DATA DE
EXPEDIÇÃO

04.08.2004

NOME

MARIA DA SILVA SOUZA

FILIAÇÃO

Pedro Jacob da Silva
Maria da Conceição

Bananeiras-PB

04.08.1939

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Cas. nº22961 fls.199-200

DOC. ORIGEM

B-117 1ª Cart. João Pessoa-PB

CPF

162.116.934-00

ASSINATURA DO DIRETOR

16/08/2004

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MARIA DA SILVA SOUZA
MAIOR DE 65 ANOS



PROTÓTIPO
SISTEMA SIA
SERIADO
PROTOCOLO

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 162.116.934-00

Nome da Pessoa Física: MARIA DA SILVA SOUZA

Situação Cadastral: REGULAR

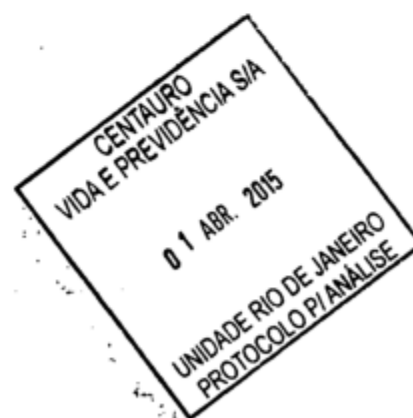
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **08:25:00**: do dia **30/03/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **BBD9.6424.57A2.53E1**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA DA SILVA SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 04/08/39

NOME DA MÃE MARIA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 794.503

Nº PRONTUARIO

DATA DO ATENDIMENTO 14/11/2014

HORA DO ATENDIMENTO 18:48

MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 00.9 + T 07.

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento, apresentando TCE, trauma de face, com edema e equimose periorbitária D, além de dor em região lombar. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

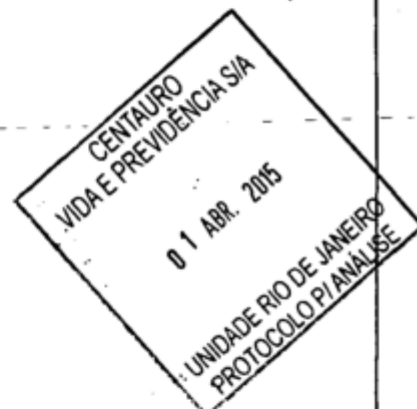
TC de crânio

TC de face

RX da coluna cervical - AP e P

RX da coluna dorso-lombar - AP e P

USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Suspeita de fratura do assoalho da órbita à TC de face. Sem alterações à TC de crânio, USG e aos RX. Realizado atendimento e tratamento conservador aos cuidados da BucoMaxiloFacial e Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 14/11/14

DATA DA EMISSÃO: 11/03/15

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mania da Silva Souza

RG nº 214.983, data de expedição 04/08/04, Órgão SSP-PB

CPF 162.116.934-00, 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)	Rua Santo Antonio	
Número	26	
Apto/Complemento	—	
BAIRRO	Outeiro	
CIDADE	São Paulo	
ESTADO	Pernambuco	CONTATOS
CEP	58088-130	(83) 3023.3300/8759.5952
Telefone de Contato	83-3023-3300	(83) 9326.0772/9024.9047
E-mail	fernand@mdperat.com.br	

Por ser verdade, firmo-me.

São Paulo, PB - 19/03/14
Local e data

Mania da Silva Souza
Assinatura do declarante



Assinatura do representante legal

CONTATOS
 (83) 3023.3300/8759.5952
 (83) 9328.0772/9624.9047
 (81) 3011.3224/9218.3735



Rua Feliciano Cirne, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2015

MARIA IVA VIEIRA DE MELO

RUA STO ANTONIO. 28

CITIZEIRO

58088 130

JOAO PESSOA

Inscrição

001.16.175.0438

SMI

000

Quantidade de Economias

Residencial 1 Comercial 0 Industrial 0 Público 0

Responsável

0

Hidrômetro

A97X014543

Data de Instalação

28/04/1998

Localização

5

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

PO ENC. AL

ANTERIOR : ATUAL : CONSUMO (G3) : NÚM. DE DIAS : PROXIMA LEITURA

1469 - 1460 : 0 : 33 : 13/02/2015

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. : QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-15.

JUL/2014 : 0 - 0 : NÚMERO DE AMOSTRAS

AGO/2014 : 3 - 0 : PARÂMETROS EXIG. ANÁLIS CONFORME

SET/2014 : 0 - 0 : TURBIDEZ 134 227 227

OUT/2014 : 3 - 0 : CDR 205 136 136

NOV/2014 : 3 - 0 : CLORO 134 273 273

DEZ/2014 : 3 - 0 : COLIFORMES 134 273 273

MEDIA(M) : 3 : DADOS REFERENTES A: NOV/2014

DATA DA LEITURA: 15/01/2015

HORA DA LEITURA: 09:40:20

DESCRIÇÃO

CONSUMO

VAL AGUA

VAL ESGOTO

VAL TOTAL

RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m

10

24.49

24.49

CENTRO DE PREVENÇÃO S/A

21 JAN 2015

PROTÓTIPO DE ANÁLISE



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB



Atendendo o requerimento nº 503/095, declaramos para os fins de direitos que consta em nossos registros, sobre protocolo: 521490, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente MARIA DA SILVA SOUZA, idade 75 anos, vítima de Acidente Automobilístico (Atropelamento) no dia 14/11/2014, Av. Des. Santos Estanislau, Bairro: Novais - João Pessoa, aproximadamente às 17:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

João Pessoa, 18 de Março de 2015.

SAME



Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico - Matr. 67.155-8 - SAMU 192-JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa

