Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2017

Carta n°: 11100041

A/C: DARLENE IDALINO DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170299407 ASL-0207600/17**
Vitima:	**DARLENE IDALINO DE SOUZA**
Data Acidente:	**12/06/2016**
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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta n°: 11110671

A/C: DARLENE IDALINO DE SOUZA

Sinistro:	**3170299407 ASL-0207600/17**
Vítima:	**DARLENE IDALINO DE SOUZA**
Data Acidente:	**12/06/2016**
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.seguradoralider.com.br.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2017

Carta n°: 11343394

A/C: DARLENE IDALINO DE SOUZA

Sinistro:	**3170299407 ASL-0207600/17**
Vitima:	**DARLENE IDALINO DE SOUZA**
Data Acidente:	**12/06/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Autorizacao de pagamento

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZA

DOCUMENTO 1 *T10A*

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Es ... beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ai... procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Darlene Dalino de Souza

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.3317 523 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 20/04/2005

CPF 083 191 559-11 CNPJ ..... PROFISSÃO Aux. Sindicos

E RENDA MENSAL DE R$ Recusou-se (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Darlene Dalino de 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL) VAR 51
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3277-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.741-1

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

CÓPIA

João Pessoa, 22 de Março de 2017
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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.

ASL-013119/17
edilton.oliveira.015
30/03/2017 10:28:39

ASL-013119/17
edilton.oliveira.015
30/03/2017 10:28:39

13/02/2017 BANCO DO BRASIL 14:09:14
834714441 0277
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: DARLENE TOALINO DE SOUZA
AGENCIA: 3277-8 CONTA: 124.742-1 VAR:51

DATA 13/02/2017
NR. DOCUMENTO 834.714.441.166.227
VALOR DINHEIRO
VALOR TOTAL
NR.AUTENTICACAO 1C0.1D1.270.10A.0EF.902

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela Res.3770B.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

Boletim de ocorrencia

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral Da Policia Civil
1ª Superintendência Regional De Policia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01679.01.2016.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01679.01.2016.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos(s) 07 dias do mês de Dezembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 10:13 horas, compareceu **DARLENE IDALINO DE SOUZA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS, naturalidade João Pessoa/Paraíba, data de nascimento [NÃO INFORMADO], idade [NÃO INFORMADO], filiação MARIA DA LUZ IDALINO DE SOUZA e FRANCISCO GINU DE SOUZA, Documento - CPF: 083.141.554-11, residente R.JOSEFA GOMES FIRMINO,40[NÃO INFORMANDO], Roger, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98619-5510.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Mangabeira, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 16/06/16 21:00

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 16/06/2016, por volta das 21:00 horas, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN ES, de cor preta, ano 2011/2012, placa OEU-8539/PB, CHASSI 9C2JC4120CR501227, registrada em nome de Darlene Idalino de Souza, pela R. Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, bairro Mangabeira, nesta capital, quando ao passar pelo sinal verde um veículo fez uma curva sem a devida atenção e atingiu a lateral direita de sua motocicleta,tendo a mesma perdido o controle de direção caindo ao solo e em decorrência desse fato veio a sofrer fratura diafisária do fêmur direito, sendo socorrida pelo Samur e conduzida para o Hospital de Emergência e Trauma senador Humberto Lucena, nesta capital.

ADENDOS:

Que na data 07/12/2016 compareceu na delegacia o noticiante, para realizar o seguinte adendo: O ACIDENTE OCORREU NO DIA 12/06/2016, AS 21:00,COMO CONSTA NO LAUDO MÉDICO DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 07 de Dezembro de 2016

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigacao

DARLENE IDALINO DE SOUZA
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Procedimento: 01679.01.2016.1.00.420

COPIA

Declaracao de Inexistencia de IML

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Darlene Idalino de Souza portador da carteira de identidade nº 3317523 e inscrito no CPF/MF sob o nº 083.191.554-11 residente e domiciliado na Rua Mons. José Coutinho S/nº Bairro, 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

(X) 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CÓPIA

João Pessoa/PB 22/03/2017
Local e data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Comprovacao de ato declaratorio

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

(ATO DECLARATÓRIO)

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 606/06, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 131709, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **DARLENE IDALINO DE SOUZA** idade 25 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 12/06/2016 na R. Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, Bairro: Mangabeira - João Pessoa, aproximadamente às 21:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 28 de junho de 2016.

SAME

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Darlene Adolino de Souza,

RG nº 3317523, data de expedição 20/04/2005

Órgão SSP/PB, CPF nº 083.141.554-11, 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 Monsr José Coutinho
Número	S/nº
Aptº / Complemento	
Bairro	Roger
Cidade	João Pessoa
Estado	PB
CEP	58020-320
Telefone de contato	83-98867.9324 83 99639.8400
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

CÓPIA

Local e Data: João Pessoa PB 22/03/2017

Darlene Adolino de Souza

Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOSINALDO IDALINO DE SOUZA
RUA MOZ. JOSÉ COUTINHO, S/N - PODER
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Cód. Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO - B1 220, Km 26 - Cabo Branco / João Pessoa / PB - CEP 58071-900
CNPJ 09 095 183/0001-40 - Insc. Est. 16015 622-0

Roteiro: 8 - 1 - 380 - 3820
Nº medidor: 000000117833
Referência: Dez / 2016
Emissão: 13/12/2016.

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Série 000 Cód 420
Chave para Débito Automático: 000 1360 2771

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: Dez / 2016

UC (Unidade Consumidora): 5/1365332-6

Canal do contato

Apresentação: 13/12/2016

Data prevista da próxima leitura: 11/01/2017

CPF/ CNPJ/ RANI: [illegible]

Leitura Anterior		Leitura Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/11/16	8885	13/12/16	[illegible]			

Faturas em atraso

24/11/2016	[illegible]
23/11/2016	[illegible]

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo em kWh	108	0,441070	47,64
ADC Bandeira			0,00
ICMS			8,44
PIS			0,77
COFINS			3,54
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			7,88

Histórico de Consumo (kWh)

Nov/16	120
Out/16	81
Set/16	79
Ago/16	63
Jul/16	47
Jun/16	50
Mai/16	72
Abr/16	71
Mar/16	84
Fev/16	109
Jan/16	100
Dez/15	97

Média dos últimos meses

Descrição	Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor (R$)
ICMS	79,33	27,00	21,42
PIS	72,00	1,0700	0,77
COFINS	72,00	4,94	3,54

VENCIMENTO: 20/12/2016

TOTAL A PAGAR: R$ 74,88

RESERVADO AO FISCO

6247.5ee2.8edc.1504.d104.e6e7.3315.049d

Indicadores de Qualidade (Período: Out/2016)

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC Mensal	15,10	0,00		
FIC Mensal	10,39	0,00	Nominal	220
DMIC Anual	30,77			
FIC Anual	23,30	1,00	Contratada	
DIC Trimestral	8,77		Limite Inferior	202
FIC Trimestral	13,45		Limite Superior	231
DMIC Mensal	3,84			
DIC Ciclo	12,77			

Comparativo do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R$)	%
Energia de Dist da Energisa/PB	18,43	24,61
Compra de Energia	51,54	68,86
Serviço de Transmissão	1,77	2,37
Encargos Setoriais	0,57	0,77
Impostos Diretos e Encargos	26,23	35,03
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	74,88	100,00

Valor de R$0,00 (Ref 10/2016) R$14,14

ATENÇÃO

PREAVISO. Caso o(s) mês(es) abaixo [illegible] em aberto, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 28/12/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após esta data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não esteja normalizado. As contas pagas não surtem efeito [illegible] correção. Caso esteja com débito em aberto, desconsidere esta mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ PREAVISADAS; para evitar a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento após o decurso do prazo de 60 (sessenta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Passará a ser incluído em cobrança de débitos ao crédito no caso de descumprimento.
Leitura confirmada.

energisa PARAÍBA
Roteiro: 8 - 1 - 380 - 3820
Matrícula: 1365332

VENCIMENTO: 20/12/2016

TOTAL A PAGAR: R$ 74,88

836200000

ASL-013119/17
adailton.oliveira.0111
30/05/2017 10:29:04

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

Documentacao medico – hospital

ASL-01311

ASL 13199117

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	DARLENE IDALINO DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	23/11/90
NOME DA MÃE	MARIA DA LUZ IDALINO DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	96.750
BOLETIM DE ENTRADA N.º	926.596
DATA DO ATENDIMENTO	12/06/16
HORA DO ATENDIMENTO	22:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO
CID 10	S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motociclet referindo trauma com dor em perna direita Abdomen sem alterações. Pupilas fotorreagentes e isocórica Glasgow 15. Solicitado internação para tratamento cirúrgico. Foi operada e evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita AP/P
RX de quadril

CÓPIA

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito.

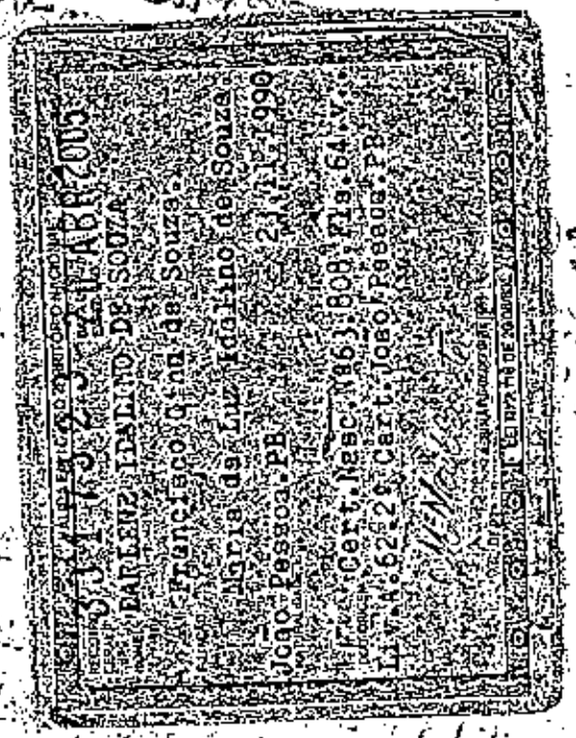
ALTA HOSPITALAR:	22/06/16
DATA DA EMISSÃO:	19/10/16

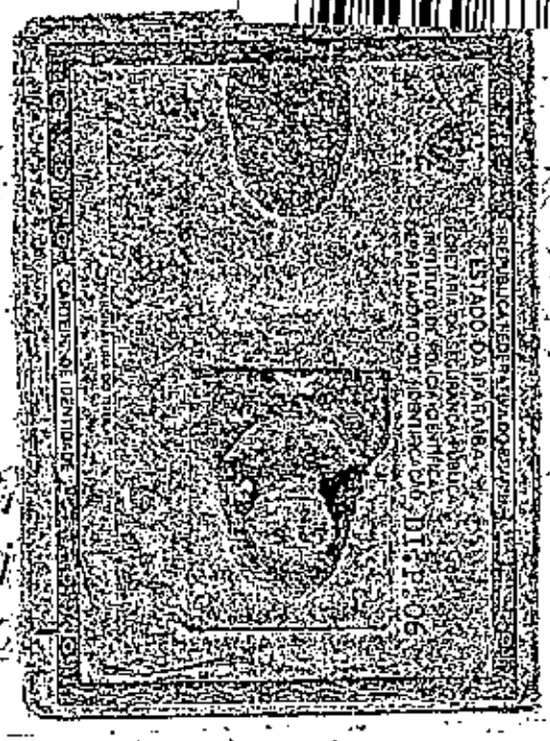
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR. 2017
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

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

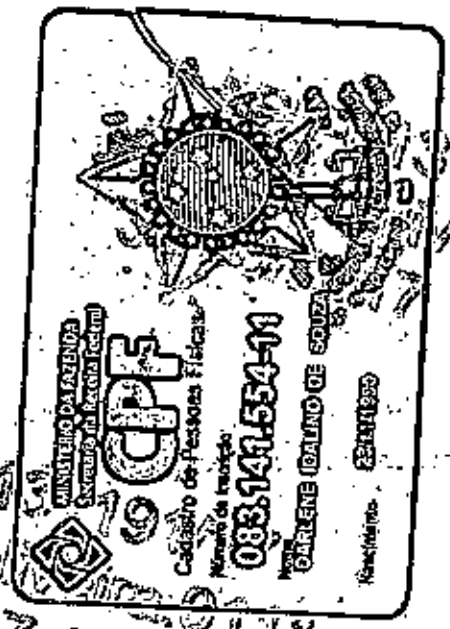
Documentos de Identificacao





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

66

DUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01289650110 1

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00348504810	CC/00000000	2016

NOME: DARLENE IDALINO DE SOUZA

CPF/CNPJ	PLACA
08314155411	QEU8539/PB

PLACA ANT./UF	CHASSI
NOVO PB	9C2JC41F0CR501227

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ES	2011	2012

CAP./POT./CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
IPVA PAGO EM	03/10/2016	1ª 2ª 3ª

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
*******	0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*******	SEGURO	[illegible]	03/10/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

JOÃO PESSOA - PB 05/12/2016
DATA

11623 SR 18460

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

Seguradora LÍDER

Buscar no site

Seguro DPVAT / Pague Seguro

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)

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

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Sua busca por placa: OEU8539 UF: PB CATEGORIA: 09

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagar
⊟	2016	R$292,01	Quitado	

Data Pagamento	Valor Pago
06/10/2016	R$292,01

⊟	2015	R$292,01	Quitado	

Data Pagamento	Valor Pago
20/10/2015	R$292,01

⊞	2014	R$292,01	Quitado	
⊞	2013	R$292,01	Quitado	
⊞	2012	R$279,27	Quitado	
⊞	2011	R$95,86	Quitado	

(*) Motocicleta

Voltar Imprimir

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASL-013119/17 adalton.oliveira.011 30/05/2017 10:27:56

CÓPIA

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Darlene Batalino de Souza

DATA DO ACIDENTE 16/06/2016 CPF DA VÍTIMA 083.141.554-11

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Mons. José Coutinho

Nº S/Nº COMPLEMENTO BAIRRO Roger

CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58020-320

E-MAIL TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

Darlene

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO ~~DO IML~~ SAMU (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO Depósito

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 3317523

ASSINATURA Darlene Batalino de Souza

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

COMPREV - COMPANHIA PARAIBANA DE PREVIDÊNCIA
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
ABR 2017

Outros

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207600/17
Vítima: DARLENE IDALINO DE SOUZA
CPF: 083.141.554-11 CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/06/2016
Titular do CPF: DARLENE IDALINO DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DARLENE IDALINO DE SOUZA : 083.141.554-11
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 30/05/2017	Data: 30/05/2017
Nome: DARLENE IDALINO DE SOUZA	Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 083.141.554-11	CPF: 109.758.064-40
DARLENE IDALINO DE SOUZA	ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA