
Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190248879

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190248879

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Certidão de casamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190248879

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 291.578.894-49 Nome completo da vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA

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

Nome completo: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA CPF: 291.578.894-49
Profissão: AVOZANTADO Endereço: RUA PROJETADA Número: 497 Complemento: _____
Bairro: VELA VISTA Cidade: JENIÓ Estado: MS CEP: 58830-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (93) 998837218

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0558 CONTA: 88791
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítiima 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: _____ Vítiima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: JENIÓ - MS
Nome: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 291.578.894-49

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1088/2018

Boletim de ocorrência



Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 25/12/2017 hora: 03H00MIN

Notificante: ****, alcunha "*****", Nacionalidade: ****,
naturalidade: ****, nascido em ***/***/**, documento: ****, filho
de *** e de ***, endereço: ***** ***, referência: ***.

Sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Del. Pol.: Alarico
Lopes da Rocha

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA, alcunha "****",
Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Catolê do Rocha-PB, idade:
63 anos, nascido em 21/05/1955, cor/raça: *****, Estado Civil:
União Estável, Profissão: aposentada, Escolaridade: *****,
documento: RG 2008471950 - 2 SSP/CE, filiação: Laurindo Ferreira da
Silva e de Alzira Maria de Lima, endereço: Rua Sebastião Mecê, nº
497, Canaã, Jericó-PB, referência: ***. Tel/Cel: (***). ***;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao
Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas
a vítima estava na garupa da motocicleta Honda CG 125 Titan, cor
azul, placa MNS 2004/PB, CHASSI 9C2JC2500XR165021, licenciado em
nome de MARIA DE FATIMA DE SOUSA OLIVEIRA, sendo a moto conduzida
por ALAN TALLES ARAUJO DINIZ, nas proximidades da Escola João Rosado,
Centro, Jericó-PB, quando bateram em uma corrente que estava no meio
da rua, fechando a mesma; QUE a vítima foi socorrida por ALAN TALLES,
que encaminhou para o Hospital e Maternidade Mãe Tereza na cidade
de Jericó-PB, onde o médico de plantão encaminhou a vítima para o
Hospital Regional de Catolê do Rocha-PB, para realização de um raio-
x no braço esquerdo da vítima; QUE a vítima se queixava de dor no
braço esquerdo. Nada mais a consignar.

Catolê do Rocha, 04 de dezembro de 2018. Às 14:55 horas.

Adelaide Ferreira da Silva Nogueira
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 168.447-7

POLÍCIA DIRETO

RECEBIDO

22 MAR 2019

Seguradora Líder DPVAT

PROJETO CORREIOS DOCUMENTO NÃO
CON:

☒ BO em cópia sim.

() Comprovante de

() Certidão de Óbito

() Livro de IMI, e

Solicitar documento
Regulação

Segurad

edicas em cópias

mples

mples

conforme Guia de

- DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT



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

Nº do sinistro ou ASU: _____ CPF da vítima: 297.578.894-49 Nome completo da vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA

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

Nome completo: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA CPF: 297.578.894-49

Profissão: PROJETISTA Endereço: RUA PROJETA Número: 497 Complemento: _____

Bairro: BOA VISTA Cidade: JENÓIS Estado: PE CEP: 58830-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 498837218

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0558 CONTA: 88799

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão
devidamente
assinada
pelo beneficiário
ou representante

Local e Data: JENÓIS - PB

Nome: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA

CPF: 297.578.894-49

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Adeleide Ferreira da Silva Nogueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA OLIVEIRA,
RG nº 2.064.295, data de expedição 25/08/2014
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 026.240.624-16, com
domicílio na cidade de JERICÓ, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RO ASSENTAMENTO FORTUNA, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ARELIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA cujo o condutor era
ALAN TALLS ARAÚJO DINIZ.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 125 TITAN
Ano: 1999
Placa: MVS 2004
Chassi: 9C2JCR600XR 165021
Data do Acidente: 25/12/2014
Local e Data: JERICÓ-PB, 13/03/2019

Declaração de proprietário do veículo



Maria de Fátima de Sousa Oliveira
Assinatura do Declarante

Alan Tallis Araújo Diniz
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERV. NOTARIAL REGISTRAL LOPES OLIVEIRA

Rua Rua Elias Pereira, 9, Centro, Jericó - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA OLIVEIRA

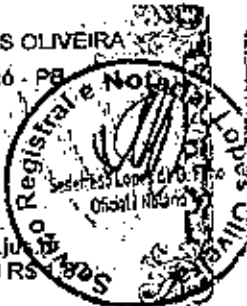
Doc 16, Jericó/PB - 13/03/2019

Notário: Sesefredo Lopes de Oliveira Filho

Selo Digital: AIG25534-QUSM

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 9,91 FARPEN R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 FEPJ R\$ 1,82



SERV. NOTARIAL REGISTRAL LOPES OLIVEIRA

Rua Rua Elias Pereira, 9, Centro, Jericó - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

ALAN TALLS ARAÚJO DINIZ

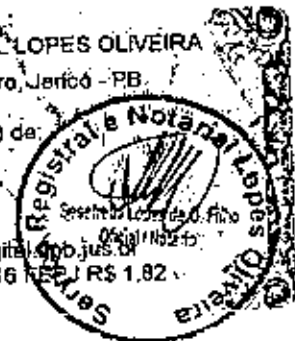
Doc 16, Jericó/PB - 13/03/2019

Notário: Sesefredo Lopes de Oliveira Filho

Selo Digital: AIG25535-AE2E

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

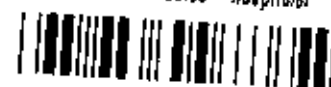
Emol R\$ 9,91 FARPEN R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 FEPJ R\$ 1,82



 GOVERNO DA PARAÍBA <i>viva o trabalho.</i>	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DOCTORA DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
--	--	---

Declaração

Documentação médico - hospitalar



DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA**, RG 2008471950 SSP/CE, residente e domiciliada na Rua: Sebastião Mecer – Jericó - PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dra. Isaura Ferreira da Costa - CRM/6831, no dia 25 de Dezembro de 2017. Consulta para realização de Raio - X. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

5-2200
 Diretora Geral
 Giuliana Dantlen de Fretas Ramalho Montenegro

Giuliana Dantlen de Fretas Ramalho Montenegro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 11 de Janeiro de 2018.

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS
 ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO
 CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: CONSULTA - CONSULTA SIMPLES (CLINICO)

Paciente: **ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA**
 Mae: ALZIRA MARIA DE LIMA
 Nascimento: 21/05/1955 Idade: 62 Cor: PARDA Sexo: F

Profissao:
 Endereco: RUA SEBASTIAO MECER Num.:
 Bairro: CANAÃ Fone: 8398837318

Cidade: JERICO - PB - 56830-000 - 2507408
 CNS: 702-0018-5062-3881 Identidade: 2008471950 SSP/CE
 CPF: Reg. Nasc.:
 Data / Hora: 25/12/2017 05:26:31 Recepcionista: JAQUIRIA DE O. LIMA
 Ficha Número: 12764 8504

SPO 2: FC: TEMP.: HGT: PA:
 ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS
 2x punção, rra e antebraço

Imunizado

☐ 01 - ELETIVO **CARÁTER DO ATENDIMENTO**
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO **ENCAMINHAMENTO** CID-10
☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	0	6	4				
2 -												
3 -												

Ass. dos Profissionais Assistentes em enfermagem

Médico / Crm / Cns **VINICIUS LUCIO GODEIRO - 8275-1/11 - 111-1111-1111-1111** CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL Polígrafo Direito

K. Amanda
 ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

*Isaura Pereira da Costa
 Cardiologia / Clínica Médica
 CRM-PB 19371*



U.B.S. Jericozinho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Erondina de Oliveira - Centro - Jerico-PB
CNPJ 12.059.325/0001-14

Sr. (a)

Odelaine Ferreira da Silva

Receituário

Encaminho citada paciente vítima de acidente automobilístico em que a mesma seguia em moto e colheu com corrente de imbrimento

Apresenta dificuldades de movimentar o membro esquerdo, ainda com edema.

Solicito exames complementares e avaliação

Duilio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000408744

DATA 25.12.17

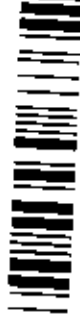
Duilio Montenegro e Silva
ASSINATURA DO MÉDICO

Imunidade, este documento é válido

11 840

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO SERIAL	DATA DE EXPIRAÇÃO
2808471950 - 2	11/04/2013
NOME	
ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOBREIRA	
FILIAÇÃO	
LAURINDO FERREIRA DA SILVA	
ALTRA MARIA DE LIMA	
NATURALIDADE	
CATOLÉ DO ROCHA - PE	
DOC. ORGEM	
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 6100 FOLHA: 111 LIVRO: B.	
12 CATOLÉ DO ROCHA - PB	
CPF 291.578.894-49	
RG: ANT: 42630682	
P.: 135	
Assinatura no Documento	
LEI Nº 1.176 DE 2008	

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
	
Polegar Direito	
	
Adelaide Ferreira da Silva Nogueira	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Ideal
Confiabilidade. Segurança. Paz.

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110202/19

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

CPF: 291.578.894-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ADELAIDE FERREIRA DA SILVA : 291.578.894-49

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/04/2019
Nome: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA
CPF: 291.578.894-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MNS2004

2014

[Imprimir Consulta](#)

MNS2004	Último Licenciamento: 2014
	Proprietário: *****
	Placa: MNS2004
PASSA / MOTOCICLET	Combustível: GASOLINA
HONDA/CG 125 TITAN	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN
	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
	Ano de Fabricação: 1999
PARTICULAR	Ano Modelo: 1999
AZUL	Categoria: PARTICULAR
28/06/2019	Cor Predominante: AZUL
	Vencimento Licenciamento: 28/06/2019
	Observação:
REST. BEN. TRIBUTARIO	Restrição: REST. BEN. TRIBUTARIO
	Financeira:
	Município: JERICO
	Situação: EM CIRCULACAO
	Data da Consulta: 21/02/2019
JERICO	
	21/02/2019

DETRAN-PB Departamento Estadual
de Transito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: MARIA DE FATIMA DE SOUSA OLIVEIRA		CPF/CNPJ 02624062416		Nosso Número 0	
Placa MNS2004	Chassi 9C2JC2500XR165021	Código Renavan 716603578	Data Vencimento 28/02/2019	Data Emissão 21/02/2019 07:45:30	Valor Documento 1.021,36
Discriminação dos Débitos:					
				Multas:	
LICENCIAMENTO 2015				148,23	
BOMBEIRO 2015				22,23	
LIC. ATRAS. LEI 7.656				84,48	
LICENCIAMENTO 2016				148,23	
BOMBEIRO 2016				22,23	
LICENCIAMENTO 2017				148,23	
BOMBEIRO 2017				22,23	
LICENCIAMENTO 2018				148,23	
BOMBEIRO 2018				22,23	
LICENCIAMENTO 2019				148,23	
BOMBEIRO 2019				22,23	
SEG. OBRIGATORIO 2019				84,58	
Na Estrada da vida, não dá carona para a dengue nem para a zika.					
21/02/2019 07:45:30					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	P-900
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
	
Maria de Fátima de Sousa Oliveira	
NASCIMENTO: 08/03/1961	
CARTeira DE IDENTIDADE	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.064.295 -2 VISA
DATA DE EMISSÃO	25/08/2014
NOME	MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA OLIVEIRA
FILIAÇÃO	JOÃO CRISTINO DE SOUSA MARIA ANA DE OLIVEIRA
NATURALIDADE	JERICÓ-PB
DATA DE NASCIMENTO	08/03/1961
DOC. ORDEM	NASC. N. 2264 FLS. 220V. LIV. 5
CARTÓRIO CATOLÉ DO P. CHA-08	
CNPJ	026.240.624-16
Ass. de Pol. - PB	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: ALAN TALLES ARAUJO DINIZ

DOC IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO: 2560254 SSP PB

CPF: 041.204.674-14 DATA DE NASCIMENTO: 23/05/1980

Relação: APOUSO DINIZ
VALMIRA MARIA DE ARAUJO DINIZ

PROFISSÃO: [] ACC: [] CATEGORIA: AB

Nº IDENTIFICAD: 04086180287 VIGÊNCIA: 27/07/2023 1ª EMISSÃO: 26/04/2007

Observações:

Assinatura do Portador: Alan Talles A. Diniz

LOCAL: POMBAL, PB DATA EMISSÃO: 09/08/2018

Assinatura do Emissor: [Assinatura] 17445567162- PB037108976

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1660598033

PROIBIDO PLASTIFICAR

1660598033

[Handwritten signature]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110202/19

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

CPF: 291.578.894-49

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADELAIDE FERREIRA DA SILVA : 291.578.894-49

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/04/2019
Nome: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA
CPF: 291.578.894-49

ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES