

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190589429 Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 03/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589429

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 03/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589429

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 03/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 05/07/2019, emitido pelo Dr. ILEGIVEL CRM nº 000000 - AC, da Instituição HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 768437.852-04 4 - Nome completo da vítima: Josana da Costa Ferreira Araújo

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

5 - Nome completo: Josana da Costa Ferreira Araújo 6 - CPF: 768437.852-04
7 - Profissão: professora 8 - Endereço: Rua Rio Negro 9 - Número: 296 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Parque da Amizade 12 - Cidade: _____ 13 - Estado: SC 14 - CEP: 69.915-838
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (51) 99184-2502

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 2358 2 CONTA: 77769 3
(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.

22 - 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 requerer o valor da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Fato motivo excluído, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 6º, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (voluntário)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34 - Assinatura legível da vítima/beneficiário ou representante legal: _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pio Paraná, 16 de outubro
Josana da Costa F. Araújo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 768.437.852-04 4 - Nome completo da vítima: Joana da Costa Ferreira Araújo

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

5 - Nome completo: Joana da Costa Ferreira Araújo 6 - CPF: 768.437.852-04
7 - Profissão: professora 8 - Endereço: Rua Rio Negro 9 - Número: 296 10 - Complemento:
11 - Bairro: Portal da Amazônia 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.915-838
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (68) 9997-2502

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Banco do Brasil
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2358 2 CONTA: 24769 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 o 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco, 16 de setembro de 2019

Joana da Costa F. Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031927/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2019 16:07 Data/Hora Fim: 23/08/2019 16:22
Delegado de Polícia: Cléber Gnatta

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Central de Flagrantes
Data/Hora do Fato: 03/07/2019 19:42

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Avenida Castelo Branco

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Boca do Acre Sexo: Feminino Naso: 04/05/1978
Profissão: Professor
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria de Fátima Mariano da Costa Nome do Pai: José Ferreira

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: Rua Rio Negro Nº: 295
Bairro: Portal da Amazônia
Telefone: (68) 99214-8989 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava em via pública em sua motocicleta placa NXS4414 Honda CG 160 quando veio um veículo tipo Corolla placa EWU4940 bateu em sua motocicleta. Que a comunicante estava fazendo o retorno na rotatória o veículo colidiu com sua moto. Que nas proximidades havia um SAMU e fez o atendimento no local. Que a comunicante foi levada para o Hospital Dr. Ary Rodrigues, porém seria necessário que a comunicante viesse para o Pronto Socorro de Rio Branco, pois seu dedo direito do pé tinha quebrado e rompimento de ligamento na perna. Que a comunicante teve múltiplos ferimentos na cavidade bucal.

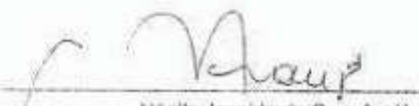


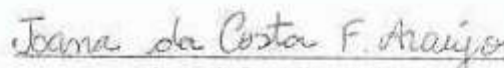
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031927/2019

ASSINATURAS


Nágila Janilde da Cruz Araújo
Agente de Polícia
Matrícula 9409076-1
Responsável pelo Atendimento


Joana da Costa F. Araújo
(Comunicante)

Ocorrida para os devidos fins de direito que sou o(a) signatário(a) responsável pelas informações acima assinadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 768437.852-04 4 - Nome completo da vítima: Josana da Costa Ferreira Araújo

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

5 - Nome completo: Josana da Costa Ferreira Araújo 6 - CPF: 768437.852-04
7 - Profissão: professora 8 - Endereço: Rua Rio Negro 9 - Número: 296 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Parque da Amoreira 12 - Cidade: _____ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 65.915-838
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (33) 99184-2502

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 2358 2 CONTA: 77769 3
(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.

22 - 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 requerer o valor da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo acima, 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 do 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (voluntário)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34 - Assinatura legível da vítima/beneficiário ou representante legal
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pio Branco, 16 de outubro

Josana da Costa F. Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Eletrobras
Distribuição S.A.

Para contato com a
Eletrobras, informe
o seu TAMERD



Endereço: Rua da Indústria, 276 - Jd. São Francisco - Rio Branco - AC
CEP: 69.015-038 - Fone: (067) 314.4000
Fax: (067) 314.4001 - E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

Para mais informações: 005117153

Atendimento ao Cliente: 0800-011111
Horário de atendimento: 24h

JULHO/2019 01/08/2019 162 137,87

KELPERN GARCIA SILVA DE ARAUJO
R. RIO NEGRO 296 PORTAL DA AMAZONIA
CPF: 00243367810282
CEP: 69.015-038 - RIO BRANCO

RGT: 11.007.11.07.000580

Conta	10916	data	15/07/2019
Saldo	18754	data	3/06/2019
Saldo em aberto	1.000	data	14/08/2019
Saldo em aberto	162	data	12/07/2019
Saldo em aberto	162	data	15/07/2019

Forma de pagamento: **NORMAL** Saldo em aberto: **52**

Residência	Tipologia	Consumo	Valor	Valor	Valor
RESIDENCIAL	MONO	7264405	1.1.1.1	167	

JUN/19	168	CONSUMO	162 A R\$ 0.814875 *	132,00
MAI/19	169	CONTR. ILUMINACAO PUB. ((0,27))		5,87
ABR/19	155	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,13	
MAR/19	160			
FEV/19	165			
JAN/19	180			
DEZ/18	153			
NOV/18	221			
OUT/18	176			
SET/18	167			

Valor da taxa de juros:
R\$ 162 - 0,000001



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre
Cidade planejada, 20 anos em construção

Unidade: _____

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA 02/09/2019 HORA: 21:10h

MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA: _____

NOME DO PACIENTE: _____

João da Costa Ferreira Araújo

UNIDADE SOLICITADA

() ASSIS BRASIL

() SENNA MADUREIRA

() SENADOR GUIOMAR

() BRASILEIA

() XAPURI

() ACRELÂNDIA

() BUJARI

() PLACIDO DE CASTRO

() CRUZEIRO DO SUL

() MÂNCIO LIMA

() FEIJÓ

() TARAUCÁ

() MANOEL URBANO

() RODRIGUES ALVES

() JORDÃO

() OUTROS

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

Dr. Oziel Moreira Tejada

CRM - AC 2319

DIAGNÓSTICO

Poli hemostase - lesão fagocítica e agnética com fermentação e deslocamento de apêndices odontológicos - fratura saléxio humeral

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

1º dolo do p. D.

PRESSÃO ARTERIAL

130x70

PRESSÃO ARTERIAL

50 bpm

F. RESPIRATORIA

20 rpm

TEMPERATURA

36,5°C

MOTORISTA

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(.....)	SIM	NÃO	(.....)
	☒	DESHIDRATADO		☒	CIANOTICO
	☒	DESNUTRIDO		☒	ICTERICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

(x) ALERTA () VERBAL () SONOLENTO () CONFUSO () SEM RESPOSTA

GLASSGOW

15

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

() DIABETES () HAS () ICC () SEQUELA AVC () DPOC () OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSAGEM

MEDICAÇÃO USO

DOSE 15M

Preparar forfati 1000ml
Dipiron 1g 2v.

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG

()

() TORAX

ALTERAÇÕES ()

() RX ABDOMEN

() TOMOGRAFIA

() RX OUTRO

LABORATORIAL:

HB

HT

LEUCO

TCO

TGP

AMILASE

URENIA

GASOMETRIA:

Po2

Poc2

GLICEMIA

HOSPITAL DE DESTINO:

() PRONTO SOCORRO () SASMC () FUNDACRE () HC () SANTA JULIANA

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO

CRM

MÉDICO REGULADOR

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O DOENTE

UERE

ALERGIAS MED.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

CLÍNICO
ODONTOLÓGICO
PEG

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
								Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (preencher e assinar)				HORÁRIO DA CR:		() DESISTÊNCIA () EVASÃO		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO				Temperatura: 36,5°C		Assinatura:			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica

- ☐ Medicação Via Oral - VO, com ____ ml de água potável.
- ☐ Medicação Intramuscular - IM, local ____.
- ☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSI, local ____ com () Jéico nº ____ () Selo nº ____.
- ☐ Medicação sublingual.
- ☐ Medicação subcutânea, local ____.
- ☐ NBZ.

Anotações/intercorrências:

Assinatura/CONTINUA

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

23:04 - Da parte da BNF, remoção de aparelho sem BNF. fraturas em face direita. Alta BNF

23:04 - Da parte da BNF, remoção de aparelho sem BNF. fraturas em face direita. Alta BNF

Ortopedia

Fratura de maxila e mandíbula

co. Placa lateral e orientador para o

Orto de emergência

Francisco Freitas
Ortopedista
CRM 751 ROE 294

Calisto Roberto C. de Lyena
Cirurgião Bucal Maxilo Facial
CRO-AC 404

SAME / HUERE
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====

FICHA DE INTERNAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 98647
Número do CNS.....: 898001053047705
Nome.....: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO
Documento.....: CNH Tipo :
Data de Nascimento: 14/05/1978 Idade: 41 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsável.....: JOSE FERREIRA
Nome da Mãe.....: MARIA DE FATIMA MARIANO DA COS
Endereço.....: AV. RIO NEGRO 00296
Bairro.....: CALAFATE Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000992174256
Município.....: 1200401 - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2652192
Clínica.....: 009 - EMERG. TRAUMÁTICA ADULTO
Leito.....: 999.0007
Data da Internação: 03/07/2019
Hora da Internação: 22:30
Médico Solicitante: 616.748.260-87 - EDUARDO KNEIP
Proced. Solicitado: 03.03.04.008-4
Diagnóstico.....: S06.7
Identif. Operador.: NIVEA

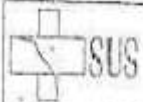
INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr. Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundário:
Principal:
Secundário:
Outro:

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

304430759

12726237657-3



Sistema Ministério
Único da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2- CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXCITANTE

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

Isana da Costa Ferreira Araújo

6- Nº DO PRONTUÁRIO

98842

7- DATA NASCIM. DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

14.05.1978

9- SEXO

M. 1

10- SEXO

F. 2

11- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marcos de Santana Machado da Costa

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

Av. Rio Negro 296 - Calafate

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

14- COD. REG. MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

17- PRINCÍPIOS SÍMBOIS E SÍNTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito, lesões múltiplas e
corrosão relatando afasia e lombalgia.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

SARRE / HUERB
COPIA
CONFORME ORIGINAL

Scheila Carré Konzen
Médica - Fonoaudióloga
CRM/AC 1015
CPF: 943.390.860-87

20- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

TCE / POL. TRAUMAT.

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

030310410084

25- CLÍNICA

26- DATA DE INTERNAÇÃO

27- DOCUMENTO

28- PROCEDEMENTO (CÓDIGO DO PROCEDEMENTO SOLICITANTE EXISTENTE)

29- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (CONSULTANTE)

30- DATA DA SOLICITAÇÃO

31- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Scheila Carré Konzen
Médica - Fonoaudióloga
CRM/AC 1015
CPF: 943.390.860-87

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32- Nº DO

33- Nº DO

34- Nº DO

35- Nº DO

36- Nº DO

37- Nº DO

38- Nº DO

39- Nº DO

40- Nº DO

41- Nº DO

42- Nº DO

43- Nº DO

44- Nº DO

45- Nº DO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47- COD. CID-10 EMISSOR

48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49- DOCUMENTO

50- Nº DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

1100310520935100101

51- DATA DA AUTORIZAÇÃO

52- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Scheila Carré Konzen
Médica - Fonoaudióloga
CRM/AC 1015
CPF: 943.390.860-87

Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Novembro

01/11

UNIDADE: Unidade C Acoupo 302 H de

Operação

LEITO

DATA

ENCARGO

PRESCRIÇÃO MEDICA

ORIENTAÇÃO

ANOTAÇÕES DE EXATIDÃO

01/11/19

TCF
Enferm. CP
Esterilização

1) Ducha 3x

2) ST 0157. 1500ml 1/3ml 500ml

300 500

3) Mucosa 4x 100ml 1/3ml 04 18ml

4) ST 0157. 1500ml 1/3ml 04 18ml

5) ST 0157. 1500ml 1/3ml 04 18ml

6) ST 0157. 1500ml 1/3ml 04 18ml

7) ST 0157. 1500ml 1/3ml 04 18ml

8) ST 0157. 1500ml 1/3ml 04 18ml

9) ST 0157. 1500ml 1/3ml 04 18ml

CONFORME ORIGINAL

29

GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO BRANCO
NEUROCIRURGIA

NOME: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

41 IDADE:

SECTOR: TRAUMINHA

ENF:	03
------	----

[illegible]

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de trânsito,
colisão moto carro, apresentando trauma facial,
cefaléia e lombalgia.

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Politrauma
T.C.G.

Motivo da Cobrança:

Schella Corre Kozzen
Médica Assistente de Pronto Socorro
CRM-AC 1045
CPF: 943.390.690-87

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO
RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS.
DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS.
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS.
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS.
APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE REOPERAÇÃO C/PERMAN. DO
RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM
NASCIDO

PRIMEIRO PLANTILHA
1216042576

VALIDA ATÉ 2009
O TERCIONÁRIO INSCRIÇÃO
1216042576



CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

Nome do Gênero: *Amigo*

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

CPF: 320548 8800 AC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - AC Nº 014398815950

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

UF: AC Cód. Reten. RAISAC: 01154811724 Exatidão: 2019

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO
Mro. Lacre: AC0000929590

AC

768.437.852-04

PLACA ANT / UF: 9C2KC2500JR118168

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLICCA

MARKA / MODELO: HONDA/CG 160 START

ANO FAB: 2018 ANO MOD: 2018

CAP / POT CL: 2P/0162CC/ CATEGORIA: PARTICU

COB. PREDOMINANTE: VERMELHA

VENO / COTAS: 1º - 15/03/2019

VENO / COTAS: 2º - 15/03/2019

VENO / COTAS: 3º - 15/03/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$0.32 R\$184.58 DATA DE PAGAMENTO: 15/03/2019

SER RESERVA DE DOMÍNIO E BEN. TRIBUTARIO

RIO GRANDE-AC

AC Nº 014398815950 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA SUAS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoravalidez.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

UF: AC Cód. Reten. RAISAC: 01154811724 Exatidão: 2019

768.437.852-04

PLACA ANT / UF: 9C2KC2500JR118168

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLICCA

MARKA / MODELO: HONDA/CG 160 START

ANO FAB: 2018 ANO MOD: 2018

CAP / POT CL: 2P/0162CC/ CATEGORIA: PARTICU

COB. PREDOMINANTE: VERMELHA

VENO / COTAS: 1º - 15/03/2019

VENO / COTAS: 2º - 15/03/2019

VENO / COTAS: 3º - 15/03/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$0.32 R\$184.58 DATA DE PAGAMENTO: 15/03/2019

SER RESERVA DE DOMÍNIO E BEN. TRIBUTARIO

RIO GRANDE-AC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589429 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA **Data do acidente:** 03/07/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros
ARAÚJO Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 1º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.7
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DE ACORDO COM DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA , NÃO SE EVIDENCIA EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS
PERMANENTES.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362145/19

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

CPF: 768.437.852-04

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 03/07/2019

Titular do CPF: JOANA DA COSTA
FERREIRA ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO : 768.437.852-04

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: 16/10/2019
Nome: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO
CPF: 768.437.852-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362145/19

Número do Sinistro: 3190589429

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

CPF: 768.437.852-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/07/2019

Titular do CPF: JOANA DA COSTA
FERREIRA ARAUJO

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO : 768.437.852-04

Autorização de pagamento

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: 29/10/2019
Nome: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO
CPF: 768.437.852-04

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362145/19

Vítima: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

CPF: 768.437.852-04

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 03/07/2019

Titular do CPF: JOANA DA COSTA
FERREIRA ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO : 768.437.852-04

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: 16/10/2019
Nome: JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO
CPF: 768.437.852-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

JOANA DA COSTA FERREIRA ARAUJO

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA