



卷之三

2134-18
ez!

LUIZACRED

Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



CITRIC ACID P.E. PL2



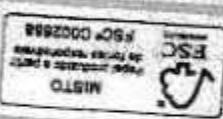
EDSON RAMOS DE ARAUJO
R MONTE CASTELO 43
MANDACARU
58027-495 JOAO PESSOA - PB



Data de Retorno: 26/05/2024

Data de Vencimento: 06/12/2019

Data prevista de fechamento (entrega): 22/11/2019



Mais rápidas e facilmente para você.

Futura Digital

Mude para a



Titular **EDSON RAMOS DE ARAUJO**
Cartão **5309.XXXX.XXX.9576**

Pra que esperar a fatura impressa? Mude já para a Fatura Digital. Acesse: magazineluiza.com.br/luzacred > Cartão Luiza > Fatura Digital

vencimento

06/12/2019

A) pagamento total

R\$

ou

B) pagamento mínimo*

R\$

ou

485,47

72,82

+12x **63,86**

**Veja outras opções de
parcelamento na
2ª folha dessa fatura.**

* Você pode pagar qualquer valor acima de R\$ 72,82. O que restar para o valor total será parcelado em 12x, com encargos.

Limites de crédito R\$

Limite total do crédito

1.450,00

Limite utilizado no mês

485,47

Retirada de recursos Páis (saque)

70,00

B) Pagamento mínimo: o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros, iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e more.

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
10/11	- 750,00
15/11	- 250,00
Total dos pagamentos	- 500,00

Lançamentos: compras e saques

EDSON R DE ARAUJO (final 9576)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
24/10	NENEM MATERIAL DE 01/02	56,50
16/11	PLANO DE RIO DE JANEIR	38,21
16/11	PAG'LAIFFEconfecc CABEDELO	12,00
16/11	PAG'Compras CABEDELO	93,80
20/11	SUPER SANTIAGO INT01/02	77,20

Lançamentos no cartão (final 9576)

278,21

Lançamentos: produtos e serviços

DATA	PRODUTOS/SERVIÇOS	VALOR EM R\$
17/08	PARCELA EM FATURA 03/04 Principal (R\$ 125,00) + Juros (R\$ 28,73)	153,73

Continua...

Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75793 25037.262042 00168.710002 1 000

Número do Documento 00179250372/0024839

Nome do Pagador/CPF/CNPJ EDSON RAMOS DE ARAUJO - 009.331.434-51

Nome do Beneficiário/ CPF/CNPJ LUIZACRED S/A SCFI - 02.206.577/0001-80

Endereço de Beneficiário RUA AMAZONAS DA SILVA, 27, 2º A, VILA GUILHERME - SÃO PAULO - SP

rebole do pagador

175/79250372-6

85 485,47

06/12/2019

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.

341-7

34191.75793 25037.262042 00168.710002 1 000

Linha de Pagamento

Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. Dê preferência para o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.

Data de Vencimento

06/12/2019

Nome do Beneficiário/ CPF/CNPJ

LUIZACRED S/A SCFI - 02.206.577/0001-80

RUA AMAZONAS DA SILVA, 27, 2º A, VILA GUILHERME - SÃO PAULO - SP

Agência / Cadastro Beneficiário

Número do Documento

00179250372/0024839

Número do Documento

00179250372/0024839

Espece BOC

FT

Acéle

N

Data de Processamento

22/11/2019

2040/01687-1

Número

175/79250372-6

Valor do Documento

R\$ 485,47

Agência / Cadastro Beneficiário

06/12/2019

Nome do Beneficiário/ CPF/CNPJ

R\$ 485,47

Nome do Beneficiário/ CPF/C

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rodrigues de Luiz
inscrito (a) no CPF/CNPJ 005705364,32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Edson Roms de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 009331439-51
do sinistro de DPVAT cobertura Maládez da Vítima Edson Roms de Souza,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 009331434,51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Prof. Oswaldo de Minardi Posse</u>	Número:	<u>860</u>	Complemento:	<u>Salão 204</u>
Bairro:	<u>Breves</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
CEP:					<u>58033-490</u>
E-mail:					Tel.(DDD): <u>(031)970349569</u>

Local e Data:

Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

Nº. 0063/2019

Atendendo solicitação de CHRYSTOFANES OLIVEIRA FERNANDES e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 153117 pertencentes a **EDSON RAMOS DE ARAUJO** que foi atendido dia 11/08/2018 às 23H25min, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º pododáctilo direito. Realizado redução e imobilizado.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de janeiro de 2019

Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	EDSON RAMOS DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	27/01/78
NOME DA MÃE	SEVERINA RAMOS DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.100.726
DATA DO ATENDIMENTO	11/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9 + V29.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, pupilas isocóricas e fotorreagentes, abdome sem queixas, apresenta trauma em perna e pé do lado direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de perna direita
RX de pé direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	11/08/18
DATA DA EMISSÃO:	31/10/18

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena28/04
GloriaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1100726

**Identificação do paciente**

ID 653808	Nome EDSON RAMOS DE ARAUJO			Sexo Masculino
Data de nascimento 27/01/1978	Idade 40 anos 6 meses 15 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe SEVERINA RAMOS DE ARAUJO				Pai JOSE DE CARVALHO RAMOS
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) ROSANGELA LIMA DA SILVA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87206834	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento 2122634	NFCns 898000508590134		
Local de procedência: BESSA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número 09	Complemento		Bairro JACARE

Admissão

Data e Hora 11/08/2018 17:39:57	Número da pulseira 1000005713430	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte: CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CD
Atendido por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 01min 20seg

Imprimir

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

EDSON FERREIRA DE SOUZA

Paciente MARIA NUBERLINA DA SILVA OLIVEIRA	BAE 1100724	Data/Hora Entrada 11/08/2018 17:28:57	Data Baixa
Data de nascimento 27/07/1981	Idade 37a 15d	Sexo Feminina	Telefone de Contato (83) 987150208
Mãe MARIA DAS GRACAS DA SILVA OLIVEIRA			Prontuário
Endereço DO JASMIM, SN	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo CORTE	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 11/08/2018 17:59:22		Data/Hora Prescrição 11/08/2018 18:08:32	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 2 HORAS COM CAPACETE APRESENTANDO:

- A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS COM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUNA CERVICAL
 B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, EUPNÉICO
 C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FC:72 BPM
 D) ECGL: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES
 E) ABDOME: INDOLOR, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. TRAUMA EM Perna/Pé DIREITO. ESCORIAÇÕES DIVERSAS. SEM DOR LOMBAR. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. VAT: HÁ MENOS DE 10 ANOS.

CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO ANALGESIA

RX DO TRAUMA

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação

*Dr. Cícero Ludgero
CIRURGÃO GERAL
CRM 6311*

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EDSON RAMOS DE ARAUJO		1100726	11/08/2018 17:39:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
27/01/1978	40a 6m 15d	Masculino	898000508590134	(83) 87206834
Mãe				Prontuário
SEVERINA RAMOS DE ARAUJO				
Endereço	Bairro	Município		UF
PROJETADA, 09	JACARE	CABEDELO		PB
Acidente	Motivo	Profissional		Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO		6311/
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
11/08/2018 18:16:20		11/08/2018 18:16:56		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 2 HORAS COM CAPACETE APRESENTANDO: A) VIAS AÉREAS PÉRIVAS COM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUNA CERVICAL B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, EUPNÉICO C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FC:72 BPM D) ECG: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES E) ABDOME: INDOLOR, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. TRAUMA EM Perna/Pé DIREITO. ESCORIAÇÕES DIVERSAS, SEM DOR LOMBAR. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. VAT: HÁ MENOS DE 10 ANOS. CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO ANALGESIA RX DO TRAUMA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

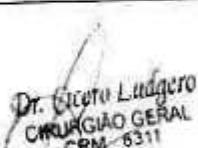
Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação

EDSON RAMOS DE ARAUJO

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311)



Dr. Cicero Ludgero
CIRURGÃO GERAL
CRM: 6311

Data: 11/08/18 18:18:16
 Usuário: CICERO
 Boletim 1100726


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
EDSON RAMOS DE ARAUJO	27/01/1978	40a 6m 15d	MASCULINO	1100726	11/08/2018 18:16:56
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição	11/08/2018 18:16:00 - 12/08/2018 18:16:00
Convenio	Matrícula	Senha			
SUS					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML					

1	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG	E.V	AGORA		11 de Agosto de 2018
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML				

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
 CRM: 6311



Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: EDSON RAMOS DE ARAUJO
Idade: 40
Data: 11/08/2018 19:06:45
Sexo: Masculino
CPF: Não Informado
BAE: 1100726

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5
PODODACTIL DIR., ENCAMINHO AO ORTO TRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME
PACTUAÇÃO.

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome EDSON RAMOS DE ARAUJO	Data de 27/01/1978	Nº Boletim Emergência 1100726	Prontuário
Material a examinar			

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITA
RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ DIREITO

REQUISITADA
11/08/2018
18:36
Dr. Luciano L. L. L. L.
Assinatura e Carimbado Profissional

11 de Agosto de 2018

Dr. Luciano L. L. L. L.
CIRURGÃO GERAL
Assinatura e Carimbado Profissional

1) Preencher todos os campos para a geração e liberação da ordem.



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Edson Ribeiro

de Souza

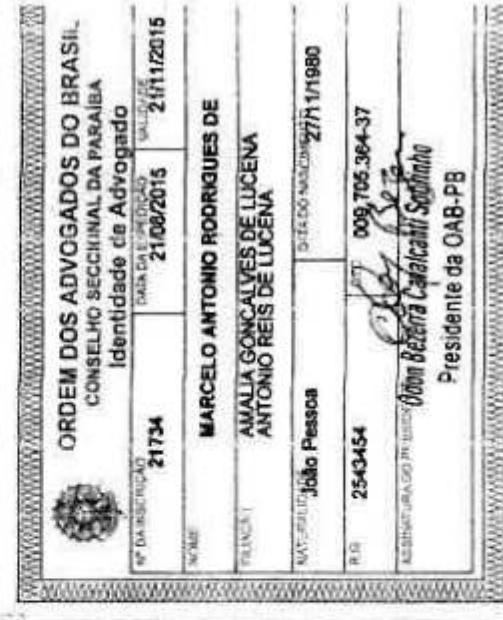
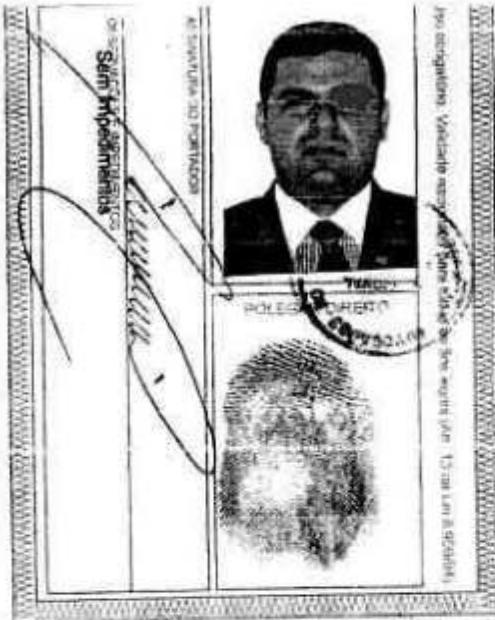
Bando Med.

Pará, com
base d'uma
em p^o D em
ex-dixi, adendo
de 67,00 (80)
que resultou
em fatura d'
F^o de 3^o PDD.
Protocolo Cusove
Trocado.

010.592.5 Assinatura e Carimbo

Dr. Leoni F. C. Junior 50
Cirurgião de Pd e Especialista 50
CRM-F 2217 CRM-PE 10000
TELEF. 3333-3858 58





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013747700143
VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PRT 20170000318864-1
1 0034464267-4 00/00000000 2017

EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF / CNPJ	PLACA
00933143451	OEX7468/PB
PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO	PB 9C2JC4110BR803909
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA
HONDA/CG 125 FAN KS	ANOFAB. FAN MOD.
CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI	PARTIC
COTA ÚNICA	VERMELHA
FAIXA IPVA	VEN. COTA ÚNICA
V	1*
P	00/00/0000
V	2*
A	3*
- PREMIO TOTAL (R\$) 0 - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO	
***** SEGURADO PAGO 18/08/2017	
RESERVA DE DOMÍNIO	
LOCAL	DATA
CABEDELO - PB	18/08/2017
32280	7976


Agência de Licenciamento de Veículos da Sines
TRT/3 - 10º TRIBUNAL DE JUSTIÇA

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURADO DPVAT

PB Nº 013747700143 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1 00933143451	OEX7468/PB	MARCA / MODELO	2017	18/08/2017
RENAVAM	ANOFAB.	Nº CHASSI		
00344642674	HONDA/CG 125 FAN KS			
ANO FAB.	DE TARF.			
2011	9	9C2JC4110BR803909		
PRÊMIO TARIFÁRIO				
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
*****	*****	*****		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL PAGAMENTO (R\$)		
*****	SEGURO	PAGO		
PAGAMENTO				
COTA ÚNICA	PARCELADO			
		DATA DE QUITAÇÃO		
		18/08/2017		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

7976-1610037-20170818



DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2017 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PB/OEX-7468
CHASSI Nº:	9C2JC4110BR803909
RENAVAM:	00344642674
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200004580 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO **Data do acidente:** 11/08/2018 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.9)

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:

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edson Ramos de Araujo
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Identidade: 212 26 34 CPF: 009.331.934-51
Endereço: Rua monte castelo 43, mandacaru

OUTORGADO:

Nome: Manoel Antônio Rodrigues de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Separado
Profissão: Advogado
Identidade: 217 34. 040-PR CPF: 009.705.364-37
Endereço: Rua Prof. Oswaldo de Moraes de Oliveira 860

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vitima

Edson Ramos de Araujo



João Pessoa 05.12.2018
Local e data

Edson Ramos de Araujo
Assinatura do
(reconhecer firma por



SORO
SISTEMA DE REGISTRO DE OBTENÇÃO DE
BENEFÍCIOS DE CONSÓRCIO
Sorocaba - SP - Brasil

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
EDSON RAMOS DE ARAUJO

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 05/12/2018 17:50:44
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-029315]EMI:R\$ 0,48 FARPEM:R\$ 0,28 FEP:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AHT47509-3DR7
Confira a autenticidade em <https://selodigital.soro.com.br>

TIAGO DIONÍSIO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF: 009.331.434-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2018

EDSON RAMOS DE
ARAUJO

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDSON RAMOS DE ARAUJO : 009.331.434-51

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: 06/01/2020
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF: 009.705.364-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

Número do Sinistro: 3200004580

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF: 009.331.434-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2018

EDSON RAMOS DE
ARAUJO

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 16/01/2020

Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

CPF: 009.705.364-37

Data do cadastramento: 16/01/2020

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 114.261.744-03

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

Número do Sinistro: 3200004580

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF: 009.331.434-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2018

EDSON RAMOS DE ARAUJO

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

DUT

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: 29/01/2020
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF: 009.705.364-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004580

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON RAMOS DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004580

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDSON RAMOS DE ARAUJO

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

DUT	Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois não foi possível identificar na documentação apresentada.
------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004580

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDSON RAMOS DE 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 17/10/2018, emitido pelo Dr. LAURI F C JUNIOR CRM nº 0000 - PE, da Instituição SUS, 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

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

009331434-5 Edson Romes de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Edson Romes de Souza	009331434-5		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
auxiliar de serviços	Rua Dona Castelo	43	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Mandaçau	João Pessoa	PB	58027-495
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (83) 3552-2099		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **1909** CONTA: **45.957** (3) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou Vivos: Falecidos: Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 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	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
NÃO ALFABETIZADO	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa 06/01/20
Edson Romes de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

009331434-5 Edson Romes de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Edson Romes de Souza	009331434-5		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
auxiliar de serviços	Rua Dona Castelo	43	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Mandaçau	João Pessoa	PB	58027-495
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (83) 3552-2099		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **1909** CONTA: **45.957** (3) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou Vivos: Falecidos: Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 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	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
NÃO ALFABETIZADO	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa 06/01/20
Edson Romes de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: ()

Ficha Nr: 153117 Atd: Nao Regula
Data: 11/08/2018
Hora: 23:25:08
Recepção: GIULIANA DE MENEZES D
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Num. Frontuario: 2018.08.001709

CNS: 898000508590134 Sexo: M IDENTIDADE: 2122634 Fone: 987206834

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/01/1978 Id: 40 ano(s)

End.: RUA / PRÓJETADA, 0

Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF :PB

Mae: SEVERINA RAMOS DE ARAUJO

Pai: JOSE DE CARVALHO RAMOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: AUXILIAR DE CONTROLE SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Tel/Doc. Responsavel: 987206834 / IDENTIDADE: 2122634

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
EC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Queixa Principal

TRAUMA NO PE DIREITO; O MESMO ENCAMINHADO PELO HOSPITAL DE TRAUMA CONFORME PACTUACAO

Observacao

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

Rx + Infecção do Trauma em p'D.

Histórico - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*referencia dor em 5º P.D. Checo Rx 1/8x de F, 5º P.D.
(D: Reducao imediata e falso adesivo
Rx de controle*

Diagnóstico

Conduta

DR. F. ARAUJO

Prescrição

Horario da medicacao

030106006-1
0303001020-5
040805019-5 (5º)

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dra. Cunha | Dr. Roberto

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

Juliana
Juliana
Daniela

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do M

DR. LADY
Assinatura do P.
Carimbo do P.
CRM-PO-028611
TEC1