BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/10/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.024,65

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 03179-8
CONTA: 000010050583-X

Nr. da Autenticação 79F8D8918844F5B3

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 275,56

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03179-8

CONTA: 000010050583-X

Nr. da Autenticação 38FE4B9CF3C7E3C6

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/04/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 169,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 03179-8
CONTA: 000010050583-X

Nr. da Autenticação 21B43CBE5E22ED72

PARECER DE DAMS

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289349
Data do acidente: 22/11/2015
Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
Atendimento: HOSPITAL
Cidade: Maceió
UF: AL
Análise: Primeira Análise
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A
Data: 09/07/2018 10:17:23

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: OUTR TRAUM ENVOLV REGIOES MULT DO CORPO NCOP OUTR TRAUM ESPEC ENVOLV REGIOES MULT CORPO -
Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO
Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			2995,00	0,00
Farmácias			275,56	275,56
Total da Análise Atual			**3270,56**	**275,56**

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: PLEITEADO E AVALIADO CONFORME DOCUMENTAÇÃO FISICA DO PROCESSO.NOTA FISCAL Nº 531 NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	3270,56	275,56	275,56
Total da Análise Atual	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**3270,56**	**275,56**	**275,56**

TOTAL PLEITEADO: 3270,56 **TOTAL AVALIADO:** 275,56 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 275,56

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289349
Data do acidente: 22/11/2015
Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
Atendimento: HOSPITAL
Cidade: Maceió
UF: AL
Análise: Complemento
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A
Data: 03/04/2019 15:03:59

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: OUTR TRAUM ENVOLV REGIOES MULT DO CORPO NCOP OUTR TRAUM ESPEC ENVOLV REGIOES MULT CORPO -
Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO
Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	26.15.011-7	RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PÓS-OPERATÓRIA OU PÓS-IMOBILIZAÇÃO DE PATOLOGIAS OSTEOMIOARTICULARES INCLUI...	400,00	169,50
Total da Análise Atual			**400,00**	**169,50**

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: DECLARAÇÃO ENVIADA NO VALOR DE R$ 2.995,00 JA FOI PLEITEADA E AVALIADA NA ANALISE ANTERIOR.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA Relacionamento: Vítima	3670,56	1300,21	1300,21	400,00	169,50	169,50
Total da Análise Atual	**3670,56**	**1300,21**	**1300,21**	**400,00**	**169,50**	**169,50**

TOTAL PLEITEADO: 4070,56 **TOTAL AVALIADO:** 1469,71 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1469,71

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289349
Data do acidente: 22/11/2015
Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
Atendimento: HOSPITAL
Cidade: Maceió
UF: AL
Análise: Renálise e complemento
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A
Data: 17/10/2018 14:38:21

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: OUTR TRAUM ENVOLV REGIOES MULT DO CORPO NCOP OUTR TRAUM ESPEC ENVOLV REGIOES MULT CORPO -
Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO
Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	26.15.011-7	RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PÓS-OPERATÓRIA OU PÓS-IMOBILIZAÇÃO DE PATOLOGIAS OSTEOMIOARTICULARES INCLUI...	400,00	169,50
Honorários Médicos	26.15.011-7	RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PÓS-OPERATÓRIA OU PÓS-IMOBILIZAÇÃO DE PATOLOGIAS OSTEOMIOARTICULARES INCLUI...	1895,00	339,00
Hospital (Taxas/Diárias)	0010	CURATIVO MÉDIO	200,00	9,60
Exames	33.14.006-7	JOELHO: A.P. – LATERAL	50,00	23,02
Exames	33.14.008-3	PERNA	100,00	50,22
Exames	33.14.009-1	ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	50,00	21,77
Exames	33.12.002-3	COLUNA CERVICAL: A.P. – LAT - T.O. - OBLÍQUAS	50,00	29,89
Exames	33.12.004-0	COLUNA DORSAL: A.P. – LATERAL	50,00	29,09
Exames	33.12.006-6	COLUNA LOMBO-SACRA	50,00	30,65
Exames	33.15.003-8	TÓRAX: P.A.	50,00	21,91
Materiais			300,00	300,00

PARECER DE DAMS

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Medicamentos			200,00	0,00
Farmácias			275,56	275,56
Total da Análise Atual			**3670,56**	**1300,21**

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA Relacionamento: Vítima	3270,56	275,56	275,56	3670,56	1300,21	1024,65
Total da Análise Atual	**3270,56**	**275,56**	**275,56**	**3670,56**	**1300,21**	**1024,65**

TOTAL PLEITEADO: 6941,12 **TOTAL AVALIADO:** 1575,77 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1300,21

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180289349**
Vitima: **TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA**
Data do Acidente: **22/11/2015**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180289349.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ** R$ 2.700,00 e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta n°: 13101738

A/C: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Nº Sinistro:	**3180289349**
Vitima:	**TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA**
Data do Acidente:	**22/11/2015**
Cobertura:	**DAMS**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA**

Valor: **R$ 275,56**

Banco: **001**

Agência: **000003179-8**

Conta: **000010050583-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Carta n°: 13518396

A/C: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Nº Sinistro:	**3180289349**
Vitima:	**TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA**
Data do Acidente:	**22/11/2015**
Cobertura:	**DAMS**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA**

Valor: **R$ 1.024,65**

Banco: **001**

Agência: **000003179-8**

Conta: **000010050583-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180289349 **Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA**

Data do Acidente: 22/11/2015 **Cobertura: DAMS**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
Valor: R$ 169,50
Banco: 001
Agência: 000003179-8
Conta: 000010050583-X
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA,

RG nº 245.458, data de expedição 17/09/91 Órgão SSP/AL

CPF nº 382.972.744-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	CONJUNTO MEDEIROS NETO I
Número	
Apto / Complemento	BLOCO 3E - APTº 403
Bairro	SANTA AMELIA
Cidade	MACEIÓ
Estado	AL
CEP	57.063.640
Telefone de Contato	987141588
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MACEIÓ, 12/06/2018

Assinatura do Declarante: Terezinha do Nascimento Ferreira

Leit.: 15/05/2018 Tipo Entr.: 4
Leitura: 7018
Cargo :
Coletor: 0352

Eletrobras Distribuição Alagoas

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO 0117408-8

Nº da Nota Fiscal 005345765

MAIO/2018	14/06/2018	133	108,71

FRANKLIN RONSARO F COSTA
CJ MEDEIROS NETO 1 S/N BL 3E APT 103 SANTA AMELIA

57.063-640 - MACEIO ROT: 001.44.003.001690

	7365		15/05/2018
	7232		13/04/2018
	1,000		14/06/2018
	133		14/05/2018
	133	FCAM	15/05/2018
NORMAL			32

RESIDENCIAL	MONO	EZ175856	S 1 01922	1.1.1.1	138

CONSUMO 133 kWh a R$ 0,682629 =	90,78
CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP)	17,93
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,61	

ABR/18	163
MAR/18	136
FEV/18	150
JAN/18	117
DEZ/17	143
NOV/17	124
OUT/17	134
SET/17	113
AGO/17	127
JUL/17	154
JUN/17	151
MAI/17	153

Declaramos quitados debitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09).

EM 30/05 O SINAL ANALOGICO DE TV SERA DESLIGADO. SAIBA SE TEM DIR EITO AO KIT GRATUITO. LIGUE 147 OU ACESSE O SITE WWW.SEJADIGITAL. COM.BR
LIGUE 0800 082 0196 E FACA OPCAO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

9908.FB39.6886.6818.A5AE.9333.3823.A885

	69,27	Base de Cálculo	90,78
Energia	0,00	Alíquota ICMS	17,00%
	0,00	Valor do ICMS	15,43
Energia	0,00	Alíquota PIS	1,19% 1,08
Fatura	21,51	Valor da COFINS	5,51% 5,00

	5,31	10,62	21,25	3,42	6,85	13,70	3,03
	0,00			0,00			0,00

SE TABULEIRO DOS ... /03/2018 36,28

Comprovante de residencia

Eletrobras
Distribuição Alagoas

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0117408-8

Nº da Nota Fiscal 016548132

FEVEREIRO/2019	14/03/2019	163	153,30

FRANKLIN RONSARO F COSTA
CJ MEDEIROS NETO I S/N BL 3E APT 103 SANTA AMELIA

57.063.640 - MACEIO ROT: 001.44.003.001690

Atual:	8586		Atual:	14/02/2019
Anterior:	8425		Anterior:	15/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	16/03/2019
Consumo Medido:	163		Emissão:	13/02/2019
Consumo Faturado:	163	FCAM	Apresentação:	14/02/2019

Tipo de Fornecimento: NORMAL Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Roteiro	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2175856	S 1 01922	1.1.1.1	136

Histórico de Consumo	
JAN/19	143
DEZ/18	141
NOV/18	136
OUT/18	136
SET/18	124
AGO/18	116
JUL/18	131
JUN/18	133
MAI/18	133
ABR/18	163
MAR/18	136
FEV/18	150

CONSUMO 163 kWh a R$ 0,813496 =	132,59
CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP)	20,71
FECOEP = 2,65	

LIGUE 0800 082 0196 E FACA OPCAO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVADO AO FISCO 85B6.A340.5791.C374.770C.7FA1.5879.281C

Composição da Fatura R$		Impostos/Tributos R$		
Distribuição:	44,29	Base de Cálculo:		132,59
Energia:	31,43	Alíquota ICMS:		27,00%
Transmissão:	4,31	Valor do ICMS:		35,79
Encargos:	9,78	Valor do PIS:	0,94%	1,24
Tributos:	42,78	Valor do COFINS:	4,34%	5,75

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Unidade	5,31	10,62	21,25	3,42	6,85	13,70	3,03	
Empresa	0,00			0,00			0,00	

Cód. Cliente: SI TABULEIRO DOS Referência: 12/2018 Valor: 45,17

ROT: 001.44.003.001690

Eletrobras
Distribuição Alagoas

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R$
117408-8	153,30
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
FEV/2019	14/03/2019

Nº da Nota Fiscal 016548132 FCAM

8[illegible] 1 [illegible] 7 00000000117 7 4088021[illegible] 7...

Comprovantes de despesas medicas

SAMPAIO DE MELO COMERCIO LTDA
AV MOREIRA LIMA,Nº 172 - CENTRO
MACEIO / AL
CNPJ:12.302.253/0005-22
IE:240761898
02/03/2016 14:59:48 CCF:129060 COO:183396

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL UNIT(R$)	ST	VL ITEM(R$)
001	7896206404291	VIMOVO 500/20MG 20COMP				F1	29,90
			1UN	X	29,90		27,51

desconto -2,39
TOTAL R$ 27,51
Dinheiro 50,00
TROCO R$ 22,49
MD-5:3C838A5ECD61204F22858DD63A805885 PV00002102
20
VOCE ECONOMIZOU R$ 2,39Atendido por : Operador
Vendedor : 1305

3FKCCKL9 B5U2GGS+ LRSS8NDD 27A93EJ3 84T2BAFU5CT0
BEMATECH MP-4000 TH FI ECF-IF
VERSAO:01.00.02 ECF:007 LJ:0005
0000000000YFQUWYYGY 02/03/2016 15:00:07
FAB:BF0913101000011263110 BR

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A
AV.MORETIRA LIMA,263-CENTRO-MACEIO/AL
FARMACIAS PAGUE MENOS
CNPJ: 06.626.253/0182-80
IE: 241.00697-0
IM: 900475374
30/03/2016 14:12:03 CCF:004768 COO:007165

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO			VL ITEM(R$)
QTD.	UN.	VL UNIT(R$)	ST		
1	7896261003996	FLOTAC 70MG CAPS/10			
De:	19,68	Por:	15,33		
	1 CX x 19,68			F1	
Desconto Item 1					19,68$
TOTAL R$					-4,35
DINHEIRO					15,33
TROCO R$					50,33
MD-5: 3E3D18FC3196562BC826547C88A9988F					35,00

CLIENTE:1.8398.884-88

VOCE ECONOMIZOU: R$ 4,35
CNPJ/CPF consumidor:
NOME: CPF/CNPJ NAO INFORMADO

2C9(2Ec9X9skTSZ6CRbH4@ah@au#1Brte9M@65z7@8wA9TcC7K6eVWq
SWEDA IF ST200
ECF-IF VERSAO: 01.00.05 ECF: 014 LJ: 0182
OPR: 63516 VEN: 72269
CP@E!&PZH 30/03/2016 14:12:40
FAB: SW031100000000023623

fls. 79

DOCUMENTO AUXILIAR DE VENDA - "FORMULA MANIPULADA"

NAO E DOCUMENTO FISCAL
NAO E VALIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA - NAO COMPROVA PAGAMENTO

0283-CENTRO MACEIO | CNPJ:02476399000530 | FONE/FAX:82-33021114/82-33021114
END:RUA 02 DE DEZEMBRO, 90 B - CENTRO
MUN:MACEIO - AL -CEP:57020120 | FARM.RESP:KARINE MARIA FERRO GOMES CRF:472

DATA ENT: 28/04/16 HORA ENT: 09:48:48 | RETIRADA.: 28/04/16 AS 15:00
CLI.:TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA CPNJ/CPF: - TEL:93131902
MED.:GUSTAVO FONTES DE MIRANDA CRM:AL-3657 VEND:0283-/389-

No DO DOCUMENTO: 000045015S No DO DOCUMENTO FISCAL:

COMPONENTE	DOSE	UND	COMPONENTE	DOSE	UND
TENOXICAN	20	MG	FAMOTIDINA	40	MG
PREDNISONA	10	MG	GABAPENTINA	400	MG

PAGO

QT.FOTES:1 SUB-TOTAL: 155, DESCONTO: 15, TOTAL LIQ: 139,50
QUANTIDADE: 30 CAP G OBS:RETIRADA NA MATRIZ A PARTIR DAS 14HS

FORMULAS ACIMA MARCADAS, POS MEDICAMENTOS E RECEITAS, NAO RETIRADOS SERAO INUTILIZADOS
RECEBI FORMULA CONFORME RECEITUARIO MEDICO. _____,RG:_____,DATA:__/__/__
RECEBO A INFORMACAO QUE A FORMULA ESTA COM A DOSE._____, DEVENDO TOMAR___CAPSULAS EM
VEZ DE UMA,_____,RG:_____,DATA:__/__/__.VENDEDOR:_____

NA RETIRADA DO SEU MEDICAMENTO TRAGA ESTE DOCUMENTO ** SEM VALOR FISCAL**
*** E VEDADA A AUTENTICACAO DESTE DOCUMENTO ***

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

fls. 80

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome da Instituição: Núcleo de Ortopedia e Traumatologia - NOT

Endereço Completo e Telefone: Rua Publicitário Ranilido Cavalcante, 267 Gruta de Lourdes CEP 57.052-782

Telefone: 82 3338-2878 / 3241-8984 / 3022-3890

Cidade: Maceió UF AL

1ª VIA: Farmácia
2ª VIA: Paciente

NÚCLEO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Paciente: [illegible]

Endereço:

Prescrição: [illegible]

Nome Médico CRM (Carimbo) [illegible] CRM 3657/TEOT-7421

Data [illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Terezinha do Nascimento Ferreira

Ident: 2454[illegible] Órgão Emissor: SSP AL

End: Rua Jacarandá 120 ap 201 S/N Jacarandá

Cidade: Maceió UF AL

Telefone: 9313-1[illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data / /

1ª Via (branca) - Farmácia / 2ª Via (azul) - Paciente

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Nº NFS-e: 531	fls. 81
Competencia: 11/2015	
Data e Hora de Emissão 27/11/2015 14:57:05	
Cod Verificação NFS-e 065595760	

Código Verificação RPS	Número do RPS	NFS-e Substituida

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social/Nome: NOT NUCLEO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA - ME
CNPJ/CPF: 08.275.191/0001-06 CCM: 900825944 Email:
Endereço: RUA RANILDO CAVALCANTE ,267 - FAROL CEP: 57052-200 E/L16 Tel: 33271749
Municipio: MACEIO UF: AL

Dados do Tomador de Serviço

Razão Social/Nome: IGALTRANS TRANSPORTES LTDA
CNPJ/CPF: 01.492.001/0001-63 CCM: 900295937 Email: escritabil@yahoo.com.br
Endereço: BOSQUE DAS ACÁCIAS ,16 - CRUZ DAS ALMAS CEP: 57038-014 Tel: (82)98823-6570
Municipio: MACEIO UF: AL

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 8630502 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

Discriminação dos Serviços

Referente ao tratamento médico da paciente TEREZINHA NASCIMENTO FERREIRA(Fisioterapia, Rx, Gesso, Curativos,Medicação) com o Médico Gustavo Pontes de Miranda Oliveira.

Valor Total (R$):2.995,00	Aliquota (%)	3,00

Detalhamento Especifico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	COFINS (R$)	IRPJ (R$)	CSSL (R$)	CSLL (R$)

Deduções / Descontos / Outras Retenções

Valor das Deduções (R$)	Descontos Incondicionados (R$)	Descontos Condicionados (R$)	Outras Retenções (R$)

Natureza Operação	1-Tributação no municipio	Retenções Federais (R$)	0,00
ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não	Valor Liquido (R$)	2.995,00
Opção Simples Nacional	( ) Sim (X) Não	Base de Cálculo (R$)	2.995,00
Regime Especial Tributação	0-Nenhum	Valor do ISSQN (R$)	89,85

Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://maceio.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

CNPJ 08.275.191/0001-06
NÚCLEO DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA LTDA
Rua Publicitário Ranildo Cavalcante, Nº 267
Bairro Gruta de Lourdes - CEP: 57051-00
Maceió, Alagoas

COMERCIAL DROGSTORE LTDA
PCA CEL. [illegible] 143-FAROL
MACEIO / AL
CNPJ:05.230.004/0007-06
IE:24[illegible]0524G-2
IM:0[illegible]0662182
16/03/2016 15:12:28 CCF:[illegible] COO:[illegible]
CUPOM FISCAL
ITEM CODIGO DESCRIÇÃO QTD UN VL UNIT(R$) ST VL ITEM(R$)
[illegible] VERMIVO SUSPENSÃO [illegible] 20CFR
1UN X 24,40 F1 24,40
Desconto -2,04 27,21
TOTAL R$ 27,21
Dinheiro 100,21
TROCO R$ 73,00
[illegible]
Check Cupons 1.0.0.10
OBRIGADO PELA PREFERENCIA
VOLTE SEMPRE
VOCE ECONOMIZOU: 2,04
MDC: [illegible]
VENDEDOR:0001 OPERADOR:0007 LOJA:26
Tributos: 0,28 0,26 (5%)
Aplicativo:Check Cupons 1.5.0.10
MD5:[illegible]
ART7ENF4 9TY6MG5 [illegible]
BEMATECH MP-2800 TH FI ECF-IF
VERSÃO:01.01.01 ECF:[illegible]
[illegible]
FNP:[illegible]

fls. 82

NÚCLEO DE ORTOPEDIA NOT E TRAUMATOLOGIA

Terezinha N Santos

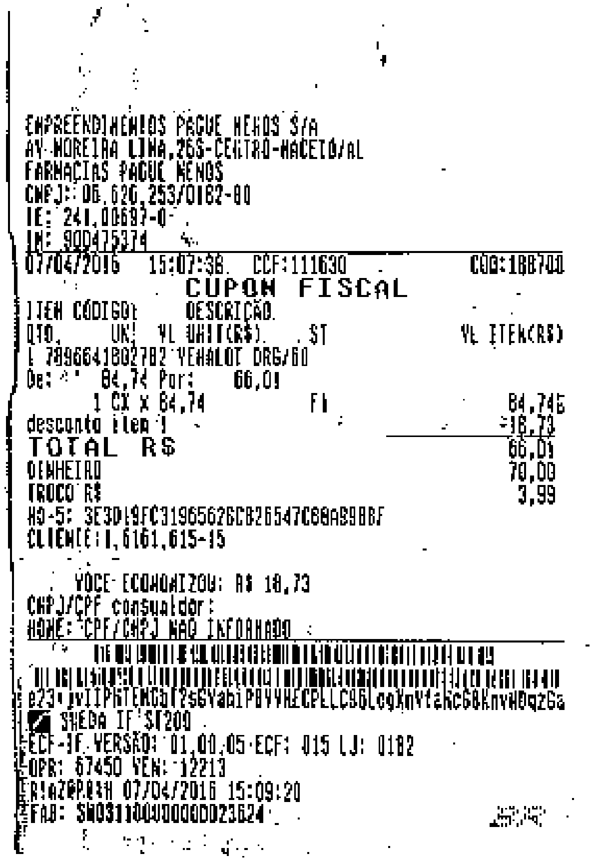
1) Nuto Carlos Ry

2) N v b Bomfim

Dr. Gustavo de Paulas de Miranda Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3657 TEOT -7421

24/11

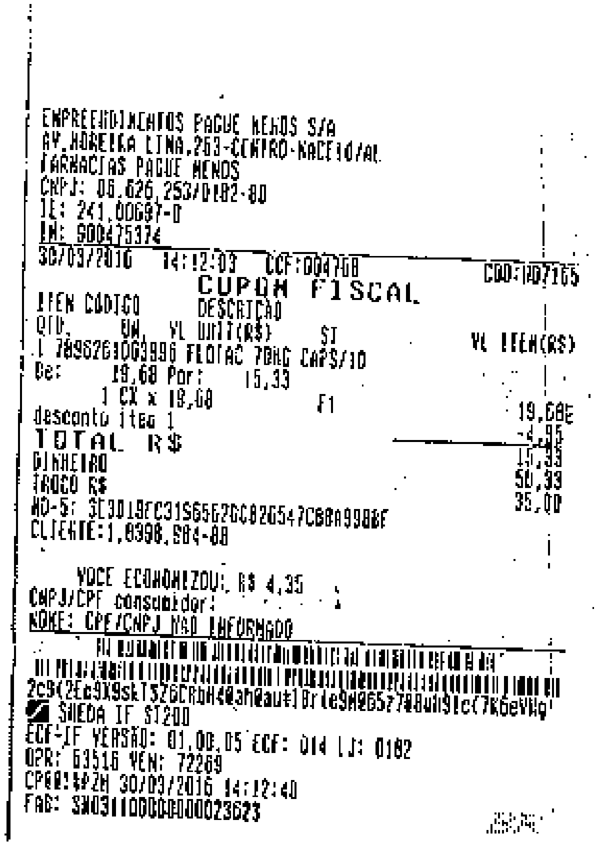
Núcleo de Ortopedia e Traumatologia
R. Publicitário Ranilido Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta - Maceió - Alagoas
Fones: 82.3338.2878 / 3241.8984 / 3022-3890 / 3022-8986 / 3022-8985
e-mail: notempresa.al@ig.com.br



```
EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A
AV MOREIRA LIMA,265-CENTRO-MACEIO/AL
FARMACIAS PAGUE MENOS
CNPJ: 06.626.253/0182-80
IE: 241.00697-0
IM: 900475374
07/04/2016   15:07:38   CCF:111630          COO:188700
                  CUPOM FISCAL
ITEM CÓDIGO      DESCRIÇÃO
QTD.     UN.  VL UNIT(R$)    ST           VL ITEM(R$)
1 7896641802782 VENALOT DRG/60
De:     84,74 Por:     66,01
      1 CX x 84,74              F1                 84,74G
desconto item 1                                   -18,73
TOTAL  R$                                          66,01
DINHEIRO                                           70,00
TROCO R$                                            3,99
MD-5: 3E3D19FC3196562BCB26547C88A898BF
CLIENTE:1,6161,615-15

     VOCE ECONOMIZOU: R$ 18,73
CNPJ/CPF consumidor:
NOME: CPF/CNPJ NAO INFORMADO
e23‹jvIIPhTEMGbf2s6YabiP8YYHECPLLC96LcqKnVtaKc68KnvH0qzGa
SWEDA IF ST200
ECF-IF VERSÃO: 01,00,05 ECF: 015 LJ: 0182
OPR: 67450 VEN: 12213
R!aZ@P.4H 07/04/2016 15:09:20
FAB: SW031100400000023624
```

```
COMERCIAL DRUGSTORE LTDA
        PCA CENTENARIO,798-FAROL
              MACEIO / AL
CNPJ:05.230.009/0007-06
IE:241.03295-2
IM:00300662182
16/03/2016 15:12:28   CCF:183526       COO:382383
              CUPOM FISCAL
ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT( R$) ST VL ITEM( R$)
001 07896206404291      VIKOVO 500MG + 20MG 20CPR
       1UN X 29,90           F1                  29,90G
desconto           -2,69                           27,21
TOTAL  R$                                          27,21
Dinheiro                                          100,21
TROCO  R$                                          73,00
MD5:767f3f7cb26028f5ta5f2450124fd07f
Check Consys 1.5.0.10
OBRIGADO PELA PREFERENCIA
VOLTE SEMPRE
VOCE ECONOMIZOU:          2.69
NDC: 2610606785
VENDEDOR:6041   OPERADOR:6007   LOJA:26
Tributos: 7.28 ( 26.75%)
Aplicativo:Check Consys 1.5.0.10
   MD5:767f3f7cb26028f5ta5f2450124fd07f
9RT7EHF9 9TY88G+S T0!+AYRH 6JR46EE3 2LR030MJBJ0D
BEMATECH MP-2100 TH FI ECF-IF
VERSÃO:01.01.01 ECF:004 LJ:0007
QQQQDQQQITPIIROTQ 16/03/2016 15:13:00
FAB:BE051375610000167878                         BR
```



```
EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A
AV.MOREIRA LIMA,263-CENTRO-MACEIO/AL
FARMACIAS PAGUE MENOS
CNPJ: 06.626.253/0182-80
IE: 241.00697-0
IM: 900475374
30/03/2016   14:12:03   CCF:004708          COO:107165
                  CUPOM FISCAL
ITEM CODIGO      DESCRICAO
QTD.     UN.  VL UNIT(R$)      ST          VL ITEM(R$)
1 7896261003996 FLOTAC 70MG CAPS/10
De:     19,68 Por:     15,33
      1 CX x 19,68              F1                 19,68E
desconto item 1                                    -4,35
TOTAL  R$                                          15,33
DINHEIRO                                           50,33
TROCO R$                                           35,00
MD-5: 3E3D19FC3196562BCB26547CB8A998BF
CLIENTE:1,0398,984-08

     VOCE ECONOMIZOU: R$ 4,35
CNPJ/CPF consumidor:
NOME: CPF/CNPJ NAO INFORMADO
2c9(2Ec9X9skT5Z6CRbH4@ah@au‡]8rle9M265z7@8uh9lc(7K6eVHq
SWEDA IF ST200
ECF-IF VERSÃO: 01,00,05 ECF: 014 LJ: 0182
OPR: 63516 VEN: 72269
CP@@!$PZM 30/03/2016 14:12:40
FAB: SW031100000000023623
```

NÚCLEO DE ORTOPEDIA
NOT
E TRAUMATOLOGIA

Terapeuta do N Fauma

N. Fisioterapia

P/ Trat. de Rosalantip

Dr. Gustavo Paulo de Miranda Oliveira
Ortopedia Traumatologia
CRM 3657-3 TEOT - 7721

10 sessões 05/07/16

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia
R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas
Fones: 82.3023.8400 / 3023.8371 / 3023.8380
e-mail: notempresa.al@ig.com.br - faturamentonot@hotmail.com

NÚCLEO DE ORTOPEDIA NOT E TRAUMATOLOGIA

Terapia 6 N Fem

Rx Femoral

D trat 1º 60 dias

Mm em para Dir

10 dias

Dr. Gustavo Pontes de Miranda Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3657-3 TEOT - 7427

10/08/21

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia
R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas
Fones: 82.3023.8400 / 3023.8371 / 3023.8380
e-mail: notempresa.al@ig.com.br - faturamentonot@hotmail.com

NÚCLEO DE ORTOPEDIA NOT E TRAUMATOLOGIA

Terezinha do N. Ferreira

Fisioterapia para tratamento de lesão ligamentar do tornozelo bilateral + Fratura de arcos costais superiores.

40 sessões

Dr. Gustavo Freitas de Miranda Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AL 3873 TEOT 7421

16/03/2016

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia
R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas
Fones: 82.3023.8400 / 3023.8371 / 3023.8380
e-mail: notempresa.al@ig.com.br - faturamentonot@hotmail.com

Itamar Lisboa Cerqueira
CRM/AL 520
Angiologia - Cirurgia Vascular

Para:
Transporte de Varicocele
Fonação
Uso oral

R/:
1) Vidrovo — 2
Usar 1 comp. duas vezes ao dia.
Uso oral

2) Varicokit ds — 1
Usar 1 sachê duas vezes ao dia

Dr. Itamar Lisboa Cerqueira
Angiologia - Cir. Vascular
CRM/AL - 520

Av. da Paz, 1330 - Centro - Maceió/AL
Consultório - 82 3221.4399 - Residência: 82 3338.9303

Fernando Monteiro de Carvalho
REUMATOLOGIA · FISIATRIA
CRM/AL 1174

Dra. Virgínia do N. Ferro.

Vimos — Of fls.

W230216

Dr. Fernando Monteiro de Carvalho
Reumatologia Fisiatria
CRM/AL 1174

Praça Dr. Afrânio Jorge, 548 - Prado CEP 57010-020 Maceió-AL
FONE: (82) 3223-3242

NÚCLEO DE ORTOPEDIA NOT E TRAUMATOLOGIA

Comprovantes de despesas medica

Tratamento de Nº Fisioterapia

Nº / Trat de Quiroquelo

1 Dreno

Dr. Gustavo Portela de Miranda Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3657-3 TEOT - 7421

24/04/18

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia
R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas
Fones: 82.3023.8400 / 3023.8371 / 3023.8380
e-mail: notempresa.al@ig.com.br - faturamentonot@hotmail.com

1 -	25/04/18
2 -	26/04/18
3 -	07/05/18
4 -	08/05/18
5 -	10/05/18
6 -	14/05/18
7 -	16/05/18
8 -	17/05/18
9 -	21/05/18
10 -	23/05/18

NÚCLEO DE ORTOPEDIA NOT E TRAUMATOLOGIA

RECIBO

RECEBI DA PACIENTE TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA A QUANTIA DE 400,00 REAIS REFERENTE A DE 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA MOTORA LESAO EM PERNAS BILATERAL + CERVICOBRAQUIALGIA + DORSOLOMBALGIA DADO INICIO DIA 25/04/2018 EM CONTINUIDADE DO TRATAMENTO RECEFERENTE A ACIDENTE AUTOMOBOLISTICO OCORRIDO EM 22/11/2015.

Fisioterapeuta
CREFITO nº 5SST - LTF
26/04/2018

Rua: Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 – Gruta de Lourdes
CEP: 57052-782 – Maceió/AL – FONES: 3023-2877/3038-3618
Email: notempresa.al@ig.com.br

NÚCLEO DE ORTOPEDIA NOT E TRAUMATOLOGIA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins de comprovação de despesa para obtenção do seguro **DPVAT**, que o paciente **TEREZINHA NASCIMENTO FERREIRA**, brasileira, Divorciada, residente e domiciliada no CONJUNTO MEDEIROS NETOS I BLOCO 3E APARTAMENTO 103, bairro SANTA AMELIA, na cidade de Maceió, Estado de Alagoas, CEP nº 570632-640 portador de CPF/MF sob o nº382.272.744-04, RG de nº 245458 SSP/AL que o mesmo fora submetido a tratamento médico nesta Clinica **NOT NÚCLEO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNP/MF nº 08.275.191/0001-06 com sede na Rua Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 Gruta de Lourdes, Maceió, Alagoas CEP 57052-782, representada neste ato por seu sócio GUSTAVO PONTES DE MIRANDA OLIVEIRA, brasileiro, casado médico, inscrito no CRM/AL sob o nº 3657, portador do CPF nº 803.583.814-87 e RG 873565, residente e domiciliado na Rua ESTHER SILVEIRA COSTA, nº 96 bairro FAROL CEP- 57051-290, que o referido tratamento, importou no valor de R$ 2.995,00 (Dois mil novecentos e noventa e cinco reais), correspondente a **NOTA FISCAL de nº 531**, emitida em 27/11/2015, tudo para que produza os efeitos legais e de direito, conforme descrição abaixo.

Fisioterapia – R$ 1.895,00 (Pacote)
Gesso – R$ 300,00
Medicação -R$ 200
CURATIVO– R$ 200,00
Rx Joelho –R$ 50,00
Rx Pernas – R$ 100,00
RX Tornozelo – R$ 50,00
RX Cervical – R$ 50,00
Rx Dorsal – R$ 50,00
Rx Lombar – R$ 50,00
Rx Torax - R$ 50,00

TOTAL GERAL - R$ 2.995,00

Maceió, AL 14 de agosto de 2018.

GUSTAVO PONTES DE MIRANDA OLIVEIRA
Sócio Gerente

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia
R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas
Fones: 82.3023.8400 / 3023.8371 / 3023.8380
e-mail: notempresa.al@ig.com.br - faturamentonot@hotmail.com

PREFEITURA DE
MACEIÓ
JUNTOS CONSTRUÍMOS
UM NOVO TEMPO

SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTE E TRÂNSITO DE MACEIÓ
DIRETORIA DE OPERAÇÕES DE TRÂNSITO - DOTRAN
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - SMTT

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que encontra-se registrado e arquivado na Diretoria de Operações de Trânsito, o **BAT: nº 3534/2015, Maceió-AL**, envolvendo o **Sr. Franklin Ronsard Ferreira Costa, CPF: 021.777.524-18** que compareceu a esta Superintendência nesta data às 12h31min, para receber a cópia do Boletim de Acidente de Trânsito.

Atenciosamente,

Joel Ananias
Ag. de Trânsito
Mat.: 939885-6

Maceió, 27 de Novembro de 2015.

PREFEITURA DE MACEIÓ

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO DIRETORIA DE OPERAÇÕES DE TRÂNSITO

SMTT

BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMTT-1,2) | FOLHA 1 | OCORRÊNCIA: 3534 /2015

1 - DADOS DO SOLICITANTE:

NOME: CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA SOUZA JÚNIOR

CPF 045.554.154-00 RG: 1588792 SSP/AL TELEFONE 9699-2107

2 - DADOS GERAIS:

DIA: | 2 | 2 | MÊS: | 1 | 1 | HORÁRIO: | 1 | 2 | h | 0 | 0 | m

LOCAL: CRUZAMENTO DA RUA COMENDADOR CALAÇA COM A RUA CORONEL PARANHOS POÇO

REFERÊNCIA: PRÓXIMO A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (HOSP. N. SRª GUIA)

TIPO DE COLISÃO: TRANSVERSAL CAUSA: IMPRUDÊNCIA [X] FALHA MECÂNICA [ ] OUTRAS:

SUB CAUSAS: DEIXAR DE DAR A PREFERÊNCIA [ ] NÃO RESPEITAR A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA [ ]

FALTA DE ATENÇÃO [ ] NÃO RESPEITAR A SINALIZAÇÃO [ ]

COND. VISIBILIDADE: ENSOLARADO [X] NEBLINA [ ] CHUVA [ ] VIA ILUMINADA: SIM [ ] NÃO [ ]

PAVIMENTO: ASFALTO [X] PARALELEPÍPEDO [ ] TERRA [ ] OUTROS:

DEFEITO DA VIA: BURACO [ ] DEPRESSÃO [ ] ONDULAÇÃO [ ] NENHUM [X] OUTROS:

SINALIZAÇÃO: NENHUMA: [ ] PARE [ ] DÊ A PREFERÊNCIA [ ] FAIXA DE PEDESTRE [ ] OUTRAS:

SEMÁFORO: SIM [X] NÃO [ ] CONDIÇÃO: NORMAL [X] INTERMITENTE [ ] APAGADO [ ]

NARRATIVA: CONFORME ANTERIGUADOS NO LOCAL DO ACIDENTE, V-1 TRANSITAVA PELA RUA CORONEL PARANHOS, INDO NO SENTIDO DO CRUZAMENTO COM A RUA COMENDADOR CALAÇA. POR SUA VEZ, V-2 TRANSITAVA PELA RUA COMENDADOR CALAÇA, INDO NO SENTIDO DA RUA BARÃO DE ATALAIA. NO CRUZAMENTO ENTRE A RUA COMENDADOR CALAÇA E A RUA CORONEL PARANHOS, V-2 FOI COLIDIDO TRANSVERSALMENTE POR V-1 ARREMESSANDO V-2 CONTRA MURO LATERAL À VIA, DANIFICANDO SERIAMENTE V-2. O CONDUTOR DE V-1, EM SUA DEFESA ALEGOU QUE SEU VEÍCULO NÃO OBEDECEU AO COMANDO DE FRENAGEM, TAL AFIRMAÇÃO NÃO FOI CONFIRMADA, TENDO EM VISTA A NECESSIDADE DE EXAME TÉCNICO POR PROFISSIONAL CAPACITADO. O SEMÁFORO ESTAVA "ABERTO" PARA V-2, PORANTO A CONDIÇÃO DE FLUXO FAVORECIA V-2. TAL INFORMAÇÃO FOI DADA PELO PRÓPRIO CONDUTOR DE V-1, QUE EM SEU RELATO NOS INFORMOU QUE O SEMÁFORO ESTAVA "FECHADO" PARA ELE PRÓPRIO (NARRATIVA CONTINUA ABAIXO)

3 - CONDIÇÕES DA VIA

TIPO DE VIA: ARTERIAL [ ] COLETORA [X] LOCAL [ ] RODOVIA [ ] VELOCIDADE PERMITIDA:

Nº FAIXAS DA PISTA: | 02 | LARGURA DA PISTA: | | SENTIDO DA VIA: DUPLO [ ] ÚNICO [X]

SEPARAÇÃO DE FAIXAS: SECCIONADA: [ ] CONTÍNUA: [ ]

SEPARAÇÃO DA PISTA: SIM [ ] NÃO [ ] ESPECIFICAR: |

4 - DADOS DOS ENVOLVIDOS

VEÍCULO 1

VEÍCULO CAMINHÃO MARCA/MODELO: FORD / CARGO 2422 CIDADE/UF: MACEIÓ/AL

PLACA | C | H | B | 4 | 9 | 8 | 0 | RENAVAM: 00467627215

ENVOLVIMENTO: CONDUTOR [X] PROPRIETÁRIO [ ] PASSAGEIRO [ ] PEDESTRE [ ] OUTROS [ ]

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 1

NOME: IGALTRANS TRANSPORTES LTDA

RG: CPF: 01497200/000163 TELEFONE:

ENDEREÇO:

EM NOSSA OBSERVAÇÃO, CORROBORADA COM OS VESTÍGIOS, POSICIONAMENTO E DIMENSÕES DOS VEÍCULOS, CONCLUÍMOS QUE A RESPONSABILIDADE PELO CORRIDO ESTÁ COM O CONDUTOR DE V-1, TENDO EM VISTA, SOBRETUDO, A INFRIGÊNCIA DO ART. 28, ART. 43 (CAPUT) DO CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO – CTB.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ SUPERINTENDÊNCIA
MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO
DIRETORIA DE OPERAÇÕES DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMTT-1.2) | FOLHA 2 | OCORRÊNCIA: 3534 /2015

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 1

NOME: CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA SOUZA JUNIOR CPF: 045.554.154-00
CNH (Nº e UF): 02346211275 / AL CATEGORIA: AE VALIDADE: 07/01/2020
NASCIMENTO: 28/03/1983 RG: 1588792 SSP/AL TELEFONE: 9699-2107
ENDEREÇO: AV. SEQUEIRA CAMPOS, 329, CENTRO
SEXO: M [X] F [ ] LESÕES: SIM [ ] NÃO [X] ESPECIFICAR:
OBS:

AÇÃO DO CONDUTOR: DESRESPEITO À SINALIZAÇÃO [ ] ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA [ ]
MUDANÇA SUBTA DE FAIXA DE DIREÇÃO [ ] CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO [ ] FALTA DE ATENÇÃO [ ]
NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA [ ] CONTRAMÃO DE DIREÇÃO [ ] OUTRAS:
CONDIÇÃO PRESUMIDA DO CONDUTOR: APARÊNCIA NORMAL [X] SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ [ ]
APARÊNCIA SONOLENTA / CANSADO [ ] PERMANECEU NO LOCAL [X] EVADIU-SE DO LOCAL [ ] PRESTOU SOCORRO [ ]
OUTRAS:

VEÍCULO 2 OU PEDESTRE

VEÍCULO: AUTOMOVEL MARCA/MODELO: VW/POLO CIDADE/UF: MACEIÓ/AL
PLACA: M V I 1 9 8 3 RENAVAM: 876773358
ENVOLVIMENTO: CONDUTOR [X] PROPRIETÁRIO [ ] PASSAGEIRO [ ] PEDESTRE [ ] OUTROS [ ]

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 2 OU PEDESTRE

NOME: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
RG: CPF: 382.272.744-04 TELEFONE:
ENDEREÇO: CONJ. HEDEIROS NETO, I, BL-03 E, AP 103, SANTA AMÉLIA
OBS.: VEÍCULO-2 (V-2) RECOLHIDO À SMTT → AUTO DE RETIRADA Nº 017106

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 2

NOME: FRANKLIN RONSARD FERREIRA COSTA CPF: 021.777.524-18
CNH (Nº e UF): CATEGORIA: VALIDADE:
NASCIMENTO: RG: 1502599 SSP/AL TELEFONE: 98872-2404
ENDEREÇO: CONJ. HEDEIROS NETO I, BL 3E, AP 103, SANTA AMÉLIA
SEXO: M [X] F [ ] LESÕES: SIM [X] NÃO [ ] ESPECIFICAR: JOELHOS E PÉS
OBS: CONDUTOR NÃO APRESENTOU SUA CNH, POIS JÁ ESTAVA SENDO ATENDIDO NO HGE E INFORMOU QUE TERIA ENTREGUE SUA CNH AO ATENDENTE DO SAMU

AÇÃO DO CONDUTOR: DESRESPEITO À SINALIZAÇÃO [ ] ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA [ ]
MUDANÇA SUBTA DE FAIXA DE DIREÇÃO [ ] CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO [ ] FALTA DE ATENÇÃO [ ]
NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA [ ] CONTRAMÃO DE DIREÇÃO [ ] OUTRAS:
CONDIÇÃO PRESUMIDA DO CONDUTOR: APARÊNCIA NORMAL [X] SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ [ ]
APARÊNCIA SONOLENTA / CANSADO [ ] PERMANECEU NO LOCAL [ ] EVADIU-SE DO LOCAL [ ] PRESTOU SOCORRO [ ]
OUTRAS: FOI CONDUZIDO PELO SAMU AO HGE.

VEÍCULO 3 OU PEDESTRE

VEÍCULO: MARCA/MODELO: CIDADE/UF:
PLACA: RENAVAM:
ENVOLVIMENTO: CONDUTOR [ ] PROPRIETÁRIO [ ] PASSAGEIRO [ ] PEDESTRE [ ] OUTROS [ ]

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 3 OU PEDESTRE

NOME:
RG: CPF: TELEFONE:
ENDEREÇO:

PREFEITURA DE MACEIÓ

SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO

SMTT

BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMTT-1.2) | FOLHA 3 | OCORRÊNCIA: 3634 /2015

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 3

NOME: _____ CPF: _____

CNH (Nº e UF): _____ CATEGORIA: _____ VALIDADE: _____

NASCIMENTO: _____ RG: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

SEXO: M ☐ F ☐ LESÕES: SIM ☐ NÃO ☐ ESPECIFICAR: _____

OBS: _____

AÇÃO DO CONDUTOR: DESRESPEITO A SINALIZAÇÃO ☐ ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐

MUDANÇA SUBTA DE FAIXA DE DIREÇÃO ☐ CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ FALTA DE ATENÇÃO ☐

NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ OUTRAS:

CONDIÇÃO PRESUMIDA DO CONDUTOR: APARÊNCIA NORMAL ☐ SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ ☐

APARÊNCIA SONOLENTA / CANSADO ☐ PERMANECEU NO LOCAL ☐ EVADIU-SE DO LOCAL ☐ PRESTOU SOCORRO ☐

OUTRAS: _____

VEÍCULO 4 OU PEDESTRE

VEÍCULO _____ MARCA/MODELO: _____ CIDADE/UF: _____

PLACA | | | | | | | RENAVAM: _____

ENVOLVIMENTO: CONDUTOR ☐ PROPRIETÁRIO ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE ☐ OUTROS

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 4 OU PEDESTRE

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 4

NOME: _____ CPF: _____

CNH (Nº e UF): _____ CATEGORIA: _____ VALIDADE: _____

NASCIMENTO: _____ RG: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

SEXO: M ☐ F ☐ LESÕES: SIM ☐ NÃO ☐ ESPECIFICAR: _____

OBS: _____

AÇÃO DO CONDUTOR: DESRESPEITO A SINALIZAÇÃO ☐ ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐

MUDANÇA SUBTA DE FAIXA DE DIREÇÃO ☐ CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ FALTA DE ATENÇÃO ☐

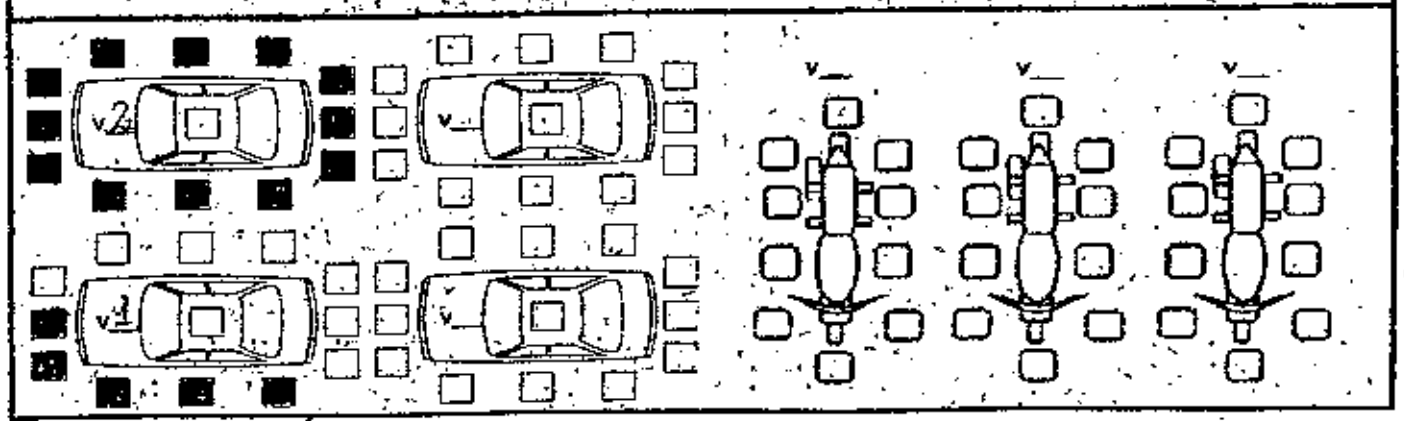
NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ OUTRAS:

CONDIÇÃO PRESUMIDA DO CONDUTOR: APARÊNCIA NORMAL ☐ SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ ☐

APARÊNCIA SONOLENTA / CANSADO ☐ PERMANECEU NO LOCAL ☐ EVADIU-SE DO LOCAL ☐ PRESTOU SOCORRO

OUTRAS:

5 - AVARIAS



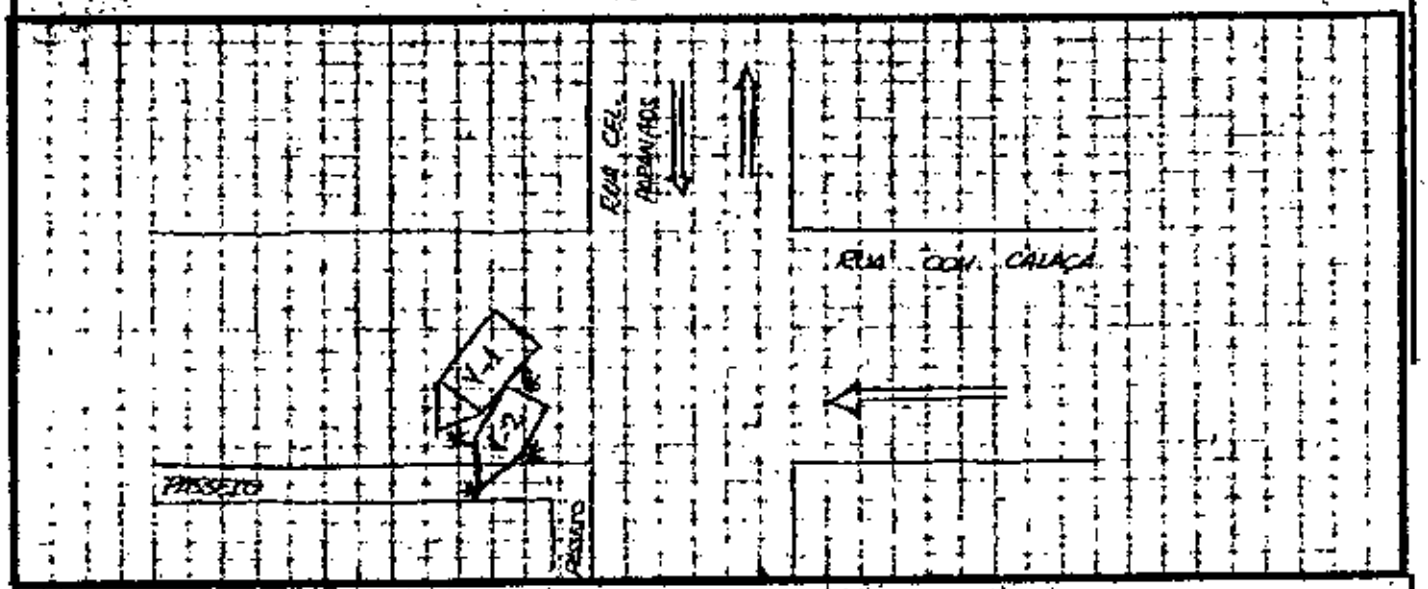
PREFEITURA DE MACEIÓ

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIO SUPERINTENDENCIA
MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO
DIRETORIA DE OPERAÇÕES DE TRÂNSITO

SMTT

BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMTT-1.2) | FOLHA 4 | OCORRÊNCIA: 3534 /2015

6 - CROQUI



7 - COLETA DE DADOS DAS VÍTIMAS

VÍTIMA - 1

VEÍCULO: 2 NOME: TRINEU FRANCISCO DO NASCIMENTO
CPF: 095.843.154-04 RG: ____ ÓRGÃO/UF: ____
NASCIMENTO: __/__/__ TELEFONES: ____
ENDEREÇO: ____

CLASSIFICAÇÃO: CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ■ PEDESTRE ☐ ANIMAL ☐
ENCAMINHAMENTO: HGE ■ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS:
SITUAÇÃO DA VÍTIMA (FERIMENTO): LEVE ☐ GRAVE ☐ FATAL ☐ NÃO HÁ CONDIÇÕES DE AVALIAR
PRETADOR DE SOCORRO: CBM/AL ☐ SAMU ■ OUTROS:

VÍTIMA - 2

VEÍCULO: 2 NOME: ANDREA CRISTIANE PEIXOTO DOS SANTOS
CPF: 052.909.304-93 RG: ____ ÓRGÃO/UF: ____
NASCIMENTO: __/__/__ TELEFONES: ____
ENDEREÇO: ____

CLASSIFICAÇÃO: CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ■ PEDESTRE ☐ ANIMAL ☐
ENCAMINHAMENTO: HGE ■ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS:
SITUAÇÃO DA VÍTIMA (FERIMENTO): LEVE ☐ GRAVE ☐ FATAL ☐ NÃO HÁ CONDIÇÕES DE AVALIAR
PRETADOR DE SOCORRO: CBM/AL ☐ SAMU ■ OUTROS:

VÍTIMA - 3

VEÍCULO: 2 NOME: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
CPF: 282.272.744-04 RG: ____ ÓRGÃO/UF: ____
NASCIMENTO: __/__/__ TELEFONES: ____
ENDEREÇO: ____

CLASSIFICAÇÃO: CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ■ PEDESTRE ☐ ANIMAL ☐
ENCAMINHAMENTO: HGE ■ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS:
SITUAÇÃO DA VÍTIMA (FERIMENTO): LEVE ☐ GRAVE ☐ FATAL ☐ NÃO HÁ CONDIÇÕES DE AVALIAR
PRETADOR DE SOCORRO: CBM/AL ☐ SAMU ■ OUTROS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ

SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO
DIRETORIA DE OPERAÇÕES DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMTT-1.2) | FOLHA 5 | OCORRÊNCIA: 3534 /2015

VÍTIMA - 4

VEÍCULO: 2 NOME: JOSÉ JULIO TERÔNIMO DE SOUZA

CPF: RG: 9900404 0013 SSP/AL ÓRGÃO/UF: SSP/AL

NASCIMENTO: / / TELEFONES:

ENDEREÇO:

CLASSIFICAÇÃO: CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ■ PEDESTRE ☐ ANIMAL ☐

ENCAMINHAMENTO: HGE ■ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS:

SITUAÇÃO DA VÍTIMA (FERIMENTO): LEVE ☐ GRAVE ☐ FATAL ☐ NÃO HÁ CONDIÇÕES DE AVALIAR

PRESTADOR DE SOCORRO: CBM/AL ☐ SAMU ■ OUTROS:

8 - ANEXOS (CAMPO OPCIONAL)

a) DECLARAÇÃO DOS CONDUTORES:

NOME: CPF: VEÍCULO |__|

NOME: CPF: VEÍCULO |__|

b) DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS:

TESTEMUNHA 1: NOME:

CPF: RG: TELEFONE:

ENDEREÇO:

NARRATIVA:

TESTEMUNHA 2: NOME:

CPF: RG: TELEFONE:

ENDEREÇO:

NARRATIVA:

9 - RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

NOME: MATRÍCULA: 1523

NOME: MATRÍCULA:

REVISOR 1: MATRÍCULA:

REVISOR 2 MATRÍCULA:

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SESAU
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU
GERÊNCIA MÉDICA / ESTATÍSTICA

Cert. de Socorro nº. 739 Maceió, 7 de Dezembro de 2015.

Ao Senhor
Franklin Ronsard Ferreira Costa
Filho da Vítima

Atendendo a solicitação, certificamos a V. Senhoria, havermos efetivado o atendimento da ocorrência abaixo:

1 – DATA DA OCORRÊNCIA: 22 de novembro de 2015

2 – LOCAL: Via pública

3 – BAIRRO: Poço

4 – REFERÊNCIA: Defronte a Maternidade Nossa Senhora da Guia

5 – OCORRÊNCIA: Vítima de Trânsito

6 – VÍTIMA (S): **Terezinha do Nascimento Ferreira**

7 – TRANSLADO: HGE

8 – SITUAÇÃO: Vítima atendida e transportada, por Regulação Médica, ao hospital de destino.

9- UNIDADE SOCORRISTA: USB 49

Atenciosamente,

Valdenice Oliveira
Coord. Médica - Samu Maceió
Mat. 889499-0

Rua Goiás, nº 800, Farol – CEP.: 57055-320 – FONE: (82) **3315-1179**
Maceió – Alagoas.

HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 2381588

DATA: 22/11/2015 HORA: 12:55:07

Realizado C. T. 22/11/15 Ass.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

SEXO: FEMININO DATA NASCIMENTO: IDADE: 59 ANOS CPF:

MÃE: RG:

RESPONSÁVEL: USB 49

NACIONALIDADE: BRASIL NATURAL DE: ALAGOAS CARTÃO SUS:

CIDADE: MACEIO/AL BAIRRO: POCO

LOGRADOURO: RESGATE AV COMENDADOR CALACA TELEFONE:

OBSERVAÇÕES:

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: COLISAO FORMA DE CHEGADA: SAMU

PROCEDÊNCIA: POCO SETOR: AREA VERMELHA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAÚDE: NAO TRAUMA: NAO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

[ ] VERMELHO [ ] AMARELO [ ] VERDE [ ] AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Paciente vítima de colisão carro x carro, trazida pelo SAMU, imobilizada. Queixa-se de dor em coluna torácica. Nega vômito, desmaio e alergias medicamentosas.

Exame Físico:

A: vias aéreas permeáveis sem cervicalgia
B: Eupneica, MV + em AHT, s/ RA
C: Acianótica, RCR em 2T, BNF, s/ SA
PPP amplos e simétricos

D: Glasgow 15
E: Escoriações em ambos os pés
Lesão em lábio (D)
Edema em ambos os pés.

Exames Complementares: [ ] RAIO-X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Clínica

1) Rx da coluna; tórax; pé e tornozelo.
2) Avaliação da ortopedia;

Enfermagem

ATENDIMENTO RELATADO EM 03/12/15

Certifico que a presente copia confere com a original. O referido é verdade. Doy-lhe fé. Maceió/AL 03/12/15 Servidor Nº

Fabiana Sodre Gonzalez de Nóbrega
Cirurgiã Geral
CRM 4589-AL / 3889-SE

USUÁRIO: Cinthya Fernanda Mota Pedroza

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA HOSPITALAR
HOSPITAL GERAL DO ESTADO OSVALDO BRANDÃO VILELA

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: *TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA*
PRONTUÁRIO: *2381588* ***NASCIMENTO:*** *10/10/56* ***IDADE:*** *59*
ATENDIMENTO: *22/11/15* ***HORA:*** *12:55* ***CID:*** *T01*
SITUAÇÃO: *ALTA* ***DATA:*** *22/11/15* ***HOSPITAL:***

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

TRATAMENTO: CONSERVADOR

ACHADO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE RODOVIÁRIO. COLISÃO CARRO - CARRO.
TRAZIDO PELO SAMU. ADEQUADAMENTE IMOBILIZADO.
QUEIXA - SE DE DOR EM COLUNA, SEGMENTOS, TORÁCICO E LOMBAR, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.
NEGA DESMAIO E /OU VÔMITOS. MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES.
GIASGOW 15

CONDUTA: AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL, DA ORTOPEDIA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
EXAMES RADIOLÓGICOS
PRESCRIÇÕES, CUIDADOS E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

MARIA ROSIETE C. BANDEIRA
Médica
CRM 2777-AL

Obs 1: Paciente atendido pela equipe Médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de saúde - SUS.
Obs 2: Relato das informações constantes no Prontuário do paciente.

Maceió, quinta-feira, 3 de dezembro de 2015

DRA ROSIETE

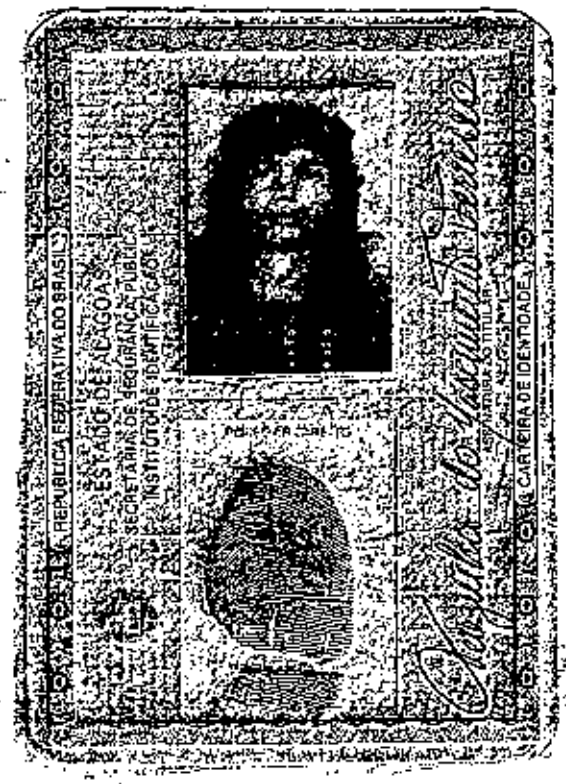
Mastologia
Oncologia
Unidade de Quimioterapia
Clínica Médica
Ginecologia
Obstetrícia
Citologia e Colposcopia
Laboratório
Mamografia Digital
Ultrassonografia Geral
Ultrassom com Doppler Colorido
Procedimentos Intervencionistas

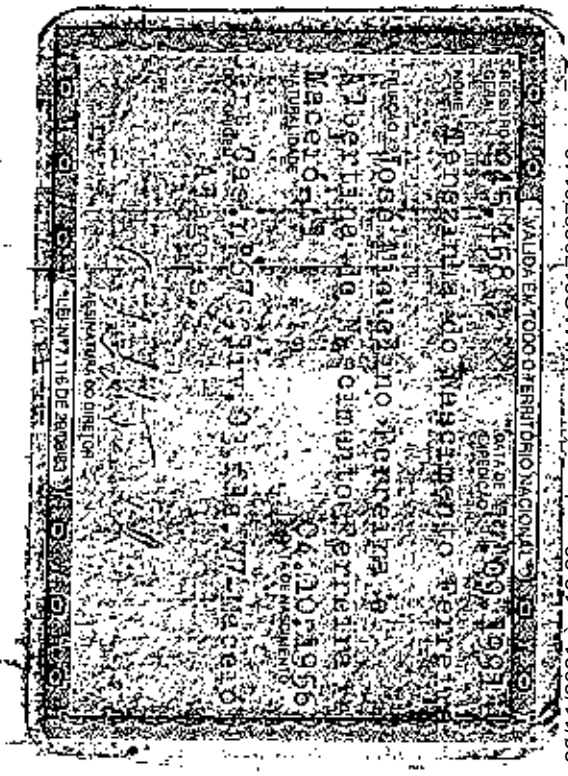
RELATÓRIO MÉDICO:

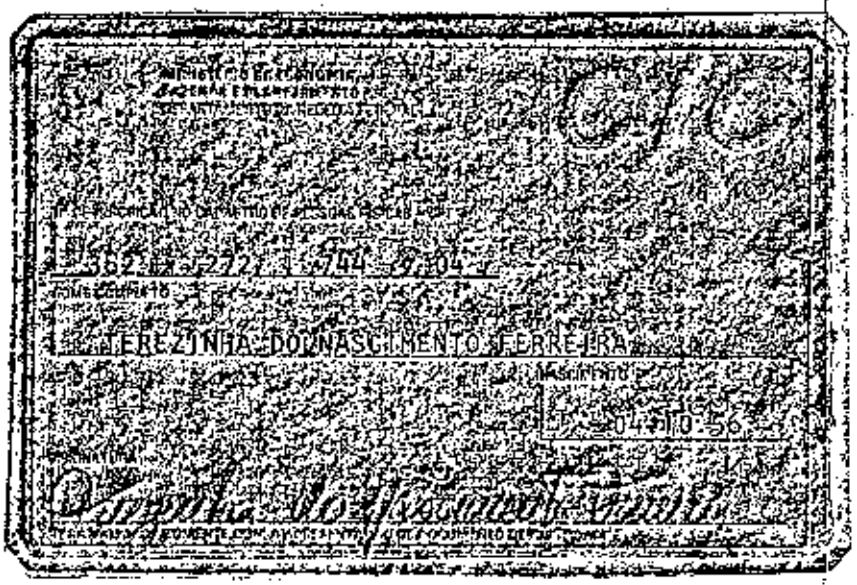
Terezinha do Nascimento Ferreira, 59 anos, sofreu trauma nas mamas (impacto de batido) em 22/11/2015; apresenta área densa de ± 10 cm entre os QSSS de MD. correspondendo a hematoma. Fará antibioticoterapia e deverá ficar afastada do trabalho por um mês, quando será reavaliada.

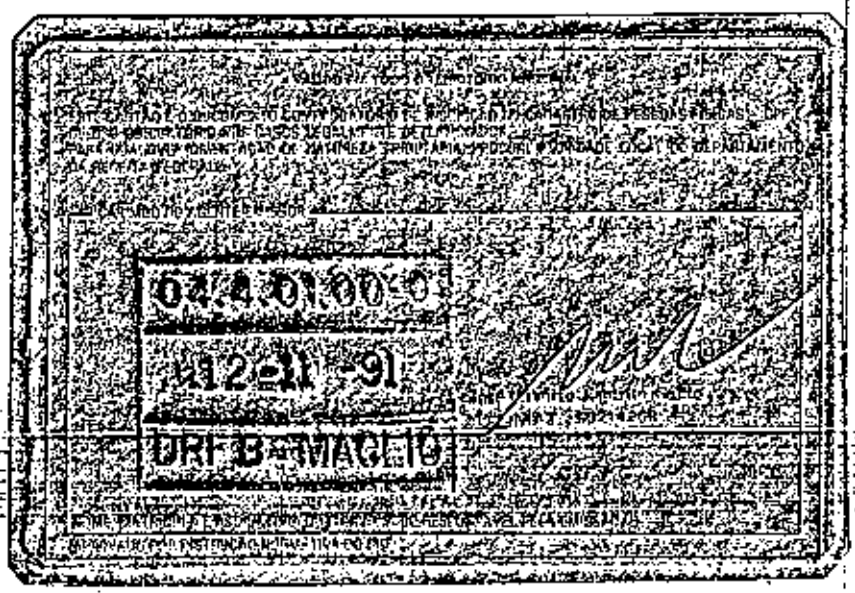
Dra. Marta Vasconcelos
MASTOLOGIA
CRM/AL 3196

Travessa Desembargador Valente de Lima, 88
Mangabeiras
cep: 57.037-035
tel: 2121-2900
Maceió-Alagoas
imama@ibest.com.br









PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226164/18
Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA — Data do Acidente: 22/11/2015
CPF: 382.272.744-04 — CPF de: Próprio — Titular do CPF: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros

TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA : 382.272.744-04
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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 19/06/2018	Data do cadastramento: 23/06/2018
Nome: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA	Nome: KELLY DA SILVA FERNANDES
CPF/CNPJ: 382.272.744-04	CPF: 076.679.887-90
TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA	KELLY DA SILVA FERNANDES

fls. 107

Seguradora Líder • DPVAT

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

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Teregenho do Nascimento Ferreira

DATA DO ACIDENTE 22.11.15 CPF DA VÍTIMA 382.242.744-04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

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

ENDEREÇO DO PORTADOR Pony. Medeiros Neto I

Nº 00 COMPLEMENTO Bl. 3 E Apt. 103 BAIRRO Sta Amélia

CIDADE Maceió UF AL CEP 57062640

E-MAIL TELEFONE (82) 98714 1588

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

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

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

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

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12.06.2018

IDENTIDADE 245 458

ASSINATURA Luzinilda do Nascimento Ferreira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 12.06.2018

NOME [illegible]

ASSINATURA [illegible]

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286

www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226164/18

Número do Sinistro: 3180289349

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Data do acidente: 22/11/2015

CPF: 382.272.744-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 01/10/2018	Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA	Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 382.272.744-04	CPF: 158.640.827-59
TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA	ANDREZA ALVES DA CUNHA

SINISTRO 318028934 9

Seguradora Líder • DPVAT

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

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

DATA DO ACIDENTE 22/11/2015 CPF DA VÍTIMA 382272744 04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO A MESMA

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

ENDEREÇO DO PORTADOR Conj. Medeiros Neto, I

Nº 00 COMPLEMENTO Bl 3E apt 103 BAIRRO Sta Amelia

CIDADE Maceió UF AL CEP 57063-640

E-MAIL _____ TELEFONE (___) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 18.09.2018	DATA 18.09.2018
IDENTIDADE 245.458	NOME Consenso
ASSINATURA	ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226164/18

Número do Sinistro: 3180289349

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Data do acidente: 22/11/2015

CPF: 382.272.744-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

Outros

TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA : 382.272.744-04

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 22/03/2019	Data do cadastramento: 22/03/2019
Nome: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA	Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 382.272.744-04	CPF: 126.261.667-07
TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA	Elen Tais Alves Pereira

De: seguro@seguradoralider.com.br [mailto:seguro@seguradoralider.com.br]
Enviado: segunda-feira, 16 de julho de 2018 14:20
Para: tterezatereza@hotmail.com
Assunto: RES: [SEGURO DPVAT]

Olá Sra. Terezinha,

O processo (sinistro nº 3180289349) teve a sua análise concluída e o crédito da indenização deverá estar disponível na conta do(a) beneficiário(a) a partir de 11/07/2018, valor de R$275,56. Mais informações sobre o pagamento serão prestadas ao beneficiário por carta. Vale ressaltar que essa é a data prevista para liberação no banco, sujeita ao tempo de processamento bancário, que pode levar até 5 dias úteis.

Obs.: nota fiscal nº 531 não foi avaliada, visto que, falta discriminativo especificando os valores e quantidades de cada despesa realizada.

Providencie a documentação e encaminhe para o ponto de atendimento autorizado responsável pelo cadastramento do seu pedido.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
www.seguradoralider.com.br

RECEBIDO
15 MAR 2019
Seguradora Líder DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

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

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

DATA DO ACIDENTE 28/12/2015 CPF DA VÍTIMA 382.277.7[illegible]-04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

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

ENDEREÇO DO PORTADOR G. MEDEIROS NETO, J

Nº S/N COMPLEMENTO BL. 3 E AP. 103 BAIRRO SOUZA AURELIO

CIDADE MACEIÓ UF AL CEP 57063 640

E-MAIL terezatereza@hotmail.com TELEFONE (82) 98754-1588

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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

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

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

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

RECEBIDO 15 MAR 2019 Seguradora Líder DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/03/2019

IDENTIDADE 945458 AL

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 12-03-19 MATR. CORREIOS 8026607-3

NOME

ASSINATURA

fls. 113

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226164/18

Número do Sinistro: 3180289349

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Data do acidente: 22/11/2015

CPF: 382.272.744-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas
Outros

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 01/10/2018	Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA	Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 382.272.744-04	CPF: 158.640.827-59
TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA	ANDREZA ALVES DA CUNHA