

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

BANCO: 756

AGÊNCIA: 04194

CONTA: 000000023161-4

---

Nr. da Autenticação BAC1A555BE51796A

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170565238 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALLAN PABLO BATISTA NUNES **Data do acidente:** 20/06/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FEMUR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / MI DIREITO: 25% DE 70%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



### ▼ Dados do Veículo de placa OWA4270

Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	1ª	2ª
OWA4270	598116672	OWA4270/RN	4-MOTOCICLETA	2-Aluguel	Passageiro	2
Marca/Modelo			Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor
002863-HONDA/CG150 FAN ESDI (Nacional)			2013/2014	0	16-Alcool-Gasol	11-PRETA
Nome do Proprietário					Recadastrado DETRAN	
DREYDE SANDRA DE CARVALHO					DetranNet	
Proprietário Anterior					Situação Lacre	
CIRNE COM E SERV DE MOTOS LTDA					REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN	
Município de Emplacamento			Licenciado até		Adquirido em	Situação
NATAL			2016 em 31/10/2016, Licenciamento Anual no lote 010284, AR=RD982916440BR (CRLV emitido)(Via 1)		20/12/2013	Em Circulação
Restrição à Venda					Camê de Licenciamento 2017	
Alienação Fiduciária em favor de BANCO HONDA S/A					Gerado em 17/05/2017 às 16:28 hs.	

### Informações PENDENTES oriundas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame

Nenhuma informação pendente até esta data

### Impedimentos

Nenhum impedimento registrado até esta data

### ✱ Listagem de Débitos

### ✱ Infrações em Autuação

Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.

### ✱ Listagem de Multas

Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.

### ✱ Último Processo

Processo	Interessado	Início em
25035203/2015	03386755402	12/11/2015 às 13h00min
Situação		Final em
Encerrado		12/11/2015 às 14h15min
Serviço		Execução em
Mudança de Categoria		Em 12/11/2015 às 13h00min por 15561372491
Geração de guia de pagamento		Em 12/11/2015 às 13h00min por 15561372491
Auditoria		Em 12/11/2015 às 14h15min por 22259376487
Emissão CRV(1ª via)		Em 12/11/2015 às 14h17min por 43041477491

### ✱ Recurso de Infração

Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.

### ✱ Histórico de Impedimentos

Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.

**Não Possui valor como  
NADA CONSTA !**

⏪ Voltar





CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **25802 - ALLAN PABLO BATISTA NUNES** (38 a 11 m 4 d)

Nascimento: 16/07/1978 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 03386755402

Prof:

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS BATISTA

Pai:

Logradouro: ATOL DE SAO PEDRO, 1450

Cidade: NATAL

CEP: 59015380

Bairro: POTENGI

Telefone: 84.88424859

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 20/06/2017 17:39:31				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120/80		98		20	77			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DOR EM PERNA D/COLISÃO CARRO-MOTO

Hora: 17:50 Paciente trazido pelo SAMU, vítima de colisão carro-moto, há cerca de 1h30min. Estava usando cinto de segurança no momento do acidente. Relata perda de consciência por pouco tempo (segundos, etc). Refere dor em MID e imobilidade do membro. Nega vômitos, sangramentos, febre.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

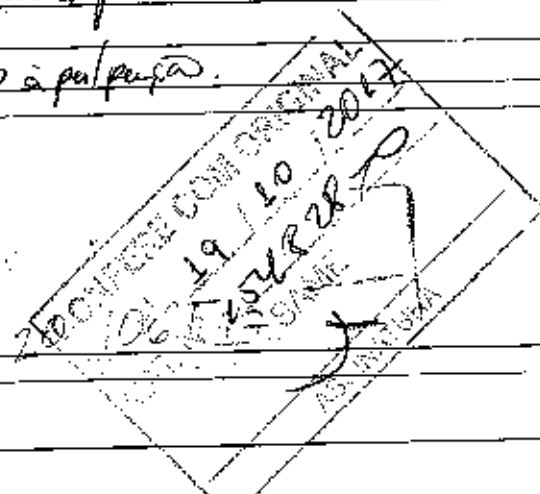
- A Vias aéreas patentes / sem cervicalgia
- B Exame físico / MM+, bilateral, membros, em RA.
- C Exame hemodinâmico / RCR, 27, BNF, sem ruídos.
- D Consciente e orientado / Glasgow 15.
- E Abundante em MID em região de coxa, dor no a palpação.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ABP: globo, f. Glóbo, indolor à palpação.  
MMT: supracitado.

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

VI  
V  
C  
C  
IV

A (ALERGIAS): Não  
 M (MEDICAÇÃO EM USO): ---  
 P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): ---  
 L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): ---

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): ---

V (PASSADO VACINAL): vacina do tétano 6 meses atrás

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM): ---

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Primo e Loka (D)

CONDIÇÃO PRÉVIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS): ---

Alcides Bezerra Lima Júnior  
 Cirurgia Geral e Videolaparoscopia  
 CRM - 4891

OUTROS

ASSOCIAÇÃO DE ESPECIALISTAS

Voluntário 75 kg = 81 p m  
18:10

Alcides C. 41

Alcides Bezerra Lima Júnior  
 Cirurgia Geral e Videolaparoscopia  
 CRM - 4891

19/10/2017  
15:48:28

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: NCR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2: ALZOREDO

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Alcides Bezerra Lima Júnior  
 Cirurgia Geral e Videolaparoscopia  
 CRM - 4891

# PLANEJAMENTO FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A (ALÉRGICAS): Não  
 M (MEDICAÇÃO EM USO): —  
 P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): —  
 L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): —  
 A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): —

V (PASSADO VACINAL): vacina da febre, há cerca de 7 anos

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Pré e Pós (D)

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Solução 75 g = 81 p ml  
18:10

At. C. 41

Assinatura e Carimbo do Responsável  
Assinatura e Carimbo do Responsável  
 Assinatura e Carimbo do Responsável  
 Assinatura e Carimbo do Responsável

OUTROS

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>NCR</u>	HORA: <u>—</u>	DATA: <u>—</u>
ESPECIALISTA 2: <u>QUÍMICA</u>	HORA: <u>—</u>	DATA: <u>—</u>
ESPECIALISTA 3: <u>—</u>	HORA: <u>—</u>	DATA: <u>—</u>

Assinatura e Carimbo do Responsável  
 Assinatura e Carimbo do Responsável  
 Assinatura e Carimbo do Responsável

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**RELATORIO DE  
HISTORIA CLÍNICA  
E EXAME FÍSICO**

Nome

ALLAN PABLO B. NUNOS

Leito:

Idade:

Nº Registro:

**HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS**

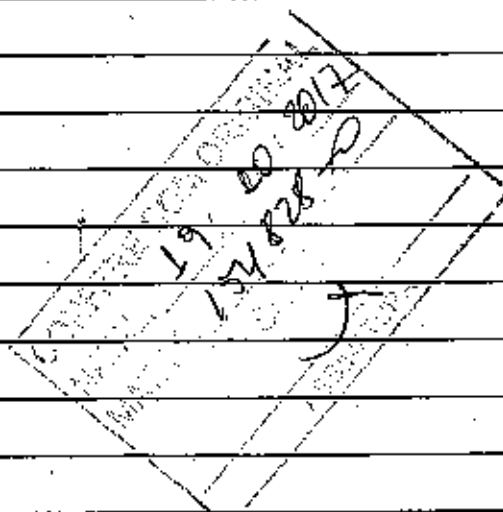
Data:

20/06/17 ORTOPEDIA

Hora:

Paciente com história de acidente automobilístico com trauma em MIE com fratura diafisária de Fêmur (6).

DR. GEAN GUARNIERE R. DANAS  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-731 / EOT 1104







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Alfonso Pablo Batista Nunes</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/07/1978</i>	9 - SEXO <i>M</i>	10 - MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	11 - FEMININO <input type="checkbox"/>
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Francisco das Chagas Batista</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>848842-4354</i>			
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua de São Pedro, Potengi</i>	14 - BAIRRO <i>Potengi</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>59015320</i>	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura exposta de fêmur</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Rx + Cirurgia</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA: DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de fêmur</i>	21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	--------------------------------	---------------------	------------------------

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Instalação cirúrgica</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415030012</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARACTERÍSTICA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNES / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
--	--	----------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---------------------	-----------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <i>0408050519</i> <i>572.3</i>
47 - DT AUTORIZ	51 - DT AUTORIZ	
48 - CNES / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIN

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Alfonso Pablo Batista Nunes</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/10/1978</i>	9 - SEXO <i>M</i>	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	FEMININO <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Francisco das Chagas Batista</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>84 8842-4854</i>			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>	14 - BAIRRO <i>Potengi</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>59015380</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura displásica de fêmur.</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Rx e cirurgia</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA: DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de fêmur</i>	21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	--------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>reparo cirúrgico</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>17/134</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415030012</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNES / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			

DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIN) <i>0408050519</i> <i>572.3</i>
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNES / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas e agravos de causas externas, em especial o atendimento em casos de violência física e sexual, com valores éticos e humanitários.



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM  
OPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: ALLAN PABLO B. NUNES Reg. Nº \_\_\_\_\_  
Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE FÊMUR (D)  
Indicação terapêutica: PLACA TRANSVERTEBRAL Urgência (X) Eletiva ( )

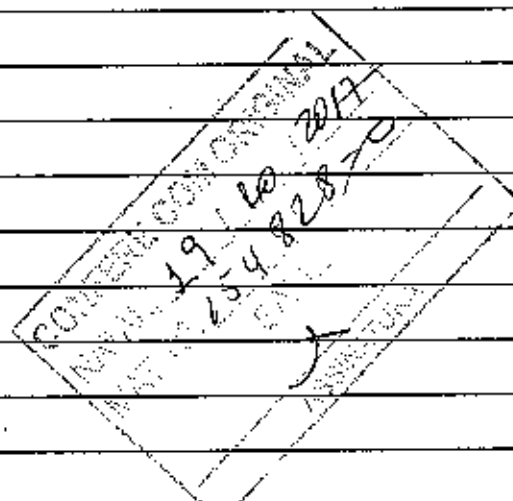
## INTERVENÇÃO

Data: 20/6/17 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
Operador: DR. JEAN GUARNIERE CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_  
Anestesista: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

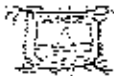
- (1) PACIE. EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA.
- (2) ASSOPRIA + ANTI-SOPRIA + ADOÇÃO DE CAMPOS CLÁSSICOS.
- (3) PLACA TRANSVERTEBRAL EM TÍBIA (D).
- (4) CURATIVO.

DR. JEAN GUARNIERE, DANTAS  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM 154.828-70



Coleta de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?



Nome:

ALLAN PABLO B. NUNES

Registrou:

Serviço:

Idade:

Sexo:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

20.06.14 Otorrin

- FRAÇA do Perna @  
- Traje Esportiva  
- N/A

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM 4781 TEOT 11044

27/6/14 Otorrin

Parte evolui bem, sem alterações  
Audição N/A

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM 4781 TEOT 11044

28/6/14 Otorrin

Revista N/A

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM 4781 TEOT 11044

29/6/14 Otorrin

Parte Revista Cirurgia, N/A

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM 4781 TEOT 11044



Nome:

ALLAN PAULO B. NUNES

Registo:

Serviço:

Idade:

Sexo:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
20.06.14	ORTOPEDIA - FRATURA DE FEMUR @ TRAUMATOLOGIA NIA  DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM 4781 TECT 11044
27/6/14	ORTOPEDIA - Parte: evolução Bom, sem Complicações Atuação NIA  DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM 4781 TECT 11044
28/6/14	ORTOPEDIA - Atuação NIA  DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM 4781 TECT 11044
29/6/14	ORTOPEDIA - Parte: Atuação Cirúrgica, Bom, NIA  DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM 4781 TECT 11044



energia elétrica criada pela Lei 10.438, de 25/04/02

Copelcity Energia S.A. - Rua Brasil, 100 - Bloco A, 1º andar - São Paulo - SP 05025-000  
CNPJ 08.324.869/0001-21 | E-mail: atendimento@copelcity.com.br

Comprovante de recebimento



SABOR DO CLIENTE  
JOSE BATISTA GOMES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA AUL DE SAU PEDRO 1450 C.I  
SALVADOR II

CPF 065.578.854-72

POTÊNCIA/ÁREA URBANA  
NATURAL  
59129-030

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Mansão

CONSUMO  
0150874018  
06/2017

DATA DE VIGÊNCIA  
05/07/2017  
06/07/2017

ARMazenagem  
07/02/2017  
05/09/2017

TOTAL DE PAGAMENTO  
107,28

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	158,000000	0,6565884	82,40
Atividade Residencial			4,81
Contribuição de Energia Pública			10,45
Multa por atraso (R\$ 0,00193155 x 06/04/17)			1,81
Juros por atraso (R\$ 0,00193155 x 06/04/17)			0,73

TOTAL DA FATURA 107,28

PERÍODO	TIPO DA FATURA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CONSUMO	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
05/07/2017	121	47.000	15.700	15.700	15.700	100%	15.700

PERÍODO	TIPO DA FATURA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CONSUMO	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
05/07/2017	121	47.000	15.700	15.700	15.700	100%	15.700

PERÍODO	TIPO DA FATURA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CONSUMO	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
05/07/2017	121	47.000	15.700	15.700	15.700	100%	15.700

Comprovante de recebimento  
CNPJ 08.324.869/0001-21 | E-mail: atendimento@copelcity.com.br

PERÍODO	TIPO DA FATURA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CONSUMO	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
05/07/2017	121	47.000	15.700	15.700	15.700	100%	15.700

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Allan Pablo Batista Nunes, portador(a) do RG nº 1772966 e inscrito(a) no CPF sob o nº 033.867.554-02, residente e domiciliado(a) à R. Afel de São Pedro, 1450, Solimões II, Potengi, na cidade de Natal, UF RN, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Allan Pablo R. Nunes

Assinatura do declarante (conforme  
documento de identificação)

Natal - RN, 18 de Outubro de 2017.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOAT 96199

1 - LOCAL E DATA

Local R: SAGUADARA C/R: AURELIO PINHEIRO Bairro PARO VERDE  
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. FAZENDA SAPOE DA TERRA  
Data 20/05/2017 Hora do acidente 18:00 Hora do registro 17:00 Dia da semana 3ª FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento  
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outros

3 - VEICULO 01

Placa ou Chassi OWA 4270 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. HONDA CB 400 FAN Cor PRETA Ano 2013 / 2014  
Proprietário FRENTE SANDRA DE CARVALHO Nº de Ocupantes 01  
Condutor ALAN PAULO BATISTA MENEZ Data de Nascimento 16/07/1988  
Endereço R: RUA DE SÃO PEDRO Nº 1450 Bairro 99226-5415  
Bairro LOTENCO Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 033.863.554-02 CNH Nº 03849531480 Validade 20/03/2021 Categoria AB  
Local de Trabalho COOPAX Fone 304-2001  
End. R: PADRE DAMIANO BRASIL Nº 944 Bairro N. DE LOURDES Cidade NATAL

4 - VEICULO 02

Placa ou Chassi ANZ 0503 Cidade PARNAMIRIM UF RN  
Marca/Mod. FIAT 03 Cor PRATA Ano 2011 / 2012  
Proprietário IZABELA MARISSA RICARDO DOS SANTOS Nº de Ocupantes 01  
Condutor A. MENEZ Data de Nascimento 24/06/1988  
Endereço R: ADAIL DAMPIANA DE MENEZES Nº 448 Bairro 99916-1236  
Bairro NOVA PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN  
CPF Nº 007.846.644-88 CNH Nº 05796680898 Validade 07/05/2022 Categoria AB  
Local de Trabalho FEARMERCO Fone 3026-9400  
End. AV: ALEXANDRINO DE ALECAR Nº 562 Bairro ALCANTARA Cidade NATAL

5 - VEICULO 03

Placa ou Chassi / Cidade / UF /  
Marca/Mod. / Cor / Ano /  
Proprietário / Nº de Ocupantes /  
Condutor / Data de Nascimento /  
Endereço / Nº / Bairro /  
Bairro / Cidade / UF /  
CPF Nº / CNH Nº / Validade / Categoria /  
Local de Trabalho / Fone /  
End. / Nº / Bairro / Cidade /

6 - VEICULO 04

Placa ou Chassi / Cidade / UF /  
Marca/Mod. / Cor / Ano /  
Proprietário / Nº de Ocupantes /  
Condutor / Data de Nascimento /  
Endereço / Nº / Bairro /  
Bairro / Cidade / UF /  
CPF Nº / CNH Nº / Validade / Categoria /  
Local de Trabalho / Fone /  
End. / Nº / Bairro / Cidade /



7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? R: SACUARA

Em que sentido? CENTRO - LAGOA NOVA

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor: INFORMA QUE TRAF. NORMALMENTE E DE REPENTE V2 ENTROU NA SUA FRENTE CAUSANDO A COLISÃO, V1 AINDA TENTOU DESVIAR MAS NÃO CONSEGUIU.

Assinatura do Condutor da V1

William Roberto Batista Soares

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? R: SACUARA - SAINDO DA RUA AURÉLIO PINHEIRO

Em que sentido? L. NOVA - CENTRO

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor: INFORMA QUE TRAF. NORMALMENTE E AO ACESSAR A RUA SACUARA PARA PAROU E EM NENHUM MOMENTO VISUALISOU V1, E AO PERCEBER A MANOBRAS VEIO A COLIDIR FONTALMENTE EM V1.

Assinatura do Condutor da V2

Roberto Alencar R. dos Santos

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor da V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor da V4



11- ☒ Titular: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Passagem  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condutor para: ELONIS SARINHO Presença: ☐ Titular ☐ Regente  
Nome: ALAN PABLO BATISTA LUNES Data de Nascimento: 26/10/1999  
RG N°: 133966 Órgão Expedidor: TRT Nº: 1960 Fone: 9826-6495  
Endereço: R: ATOL DE SÃO PEDRO Cidade: NATAL UF: RN  
Bairro: PITANGI  
Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

12- ☐ Titular: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Passagem  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condutor para: \_\_\_\_\_ Presença: ☐ Titular ☐ Regente  
Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

13- ☐ Titular: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Passagem  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condutor para: \_\_\_\_\_ Presença: ☐ Titular ☐ Regente  
Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

14- ☐ Titular: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Passagem  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condutor para: \_\_\_\_\_ Presença: ☐ Titular ☐ Regente  
Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_

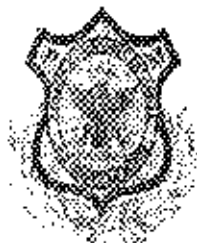
Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

15- SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO  
Placa: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Marca/Modelo: \_\_\_\_\_  
Nome: SAM RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

16- IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO - AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO XEN ☐ COMISSÃO

17- OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Nome Completo do Agente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS  
POSTOGRAD: CB PATN°: 92.619 Unidade: 606 Subunidade: 2 DPDE  
Local e Data: NATAL 20 de SETE de 2017 CB ASSIS SANTOS  
Autenticação: Número do Boletim: 96199 Número da Ocorrência: 647290 Data Registro: 04/07/2017 Hora Registro: 10:47:43 Número de Controle: 614658466W



**RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA MILITAR**  
**COMANDO DE POLÍCIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL**  
**1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL**  
**SETOR DE TRÁFEGO**

Av. Capitão-Mor Góes, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte  
Fone: (84) 3232-1513 - E-mail: cprsecordetrafego@bua01a1.com

Natal/RN, 04 de Julho de 2017.

**BOAT nº: 96199.**

**Data: 20/06/2017**

**Local: Rua Jaguarari com a Rua Aurélio Pinheiro - Barro Vermelho - Natal/RN**

**Veículos envolvidos:**

**(V-1) HONDA/ CG150 FAN ESDI - QWA 4270**

**(V-2) CITROEN/ C3 GLX 14 FLEX - NNZ 0803**

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-2 deixou de observar o que preceitua os artigos 26 - I, 28 e 44.

  
Adam Bruna Braz Santos Cap. QOPM  
Mat. 194148-8  
**CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO**

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pmrn.gov.br/pa/foia-de-consulta-de-boletim>.

Autenticação: E74578-066W	Número do Boletim: 96199	Número da Determinação: 647290	Data Registro: 04/07/2017	Data Registro: 30/07/17	Número Controle:
------------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------	-------------------------	------------------

\*Somente possuem valor legal os documentos que estejam assinados pelo chefe da unidade policial.

xxviii



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Alfonso Pablo Batista Nunes	033.867.554-02	Advogado - DR
Endereço	Número	Complemento
R. Abel de São Paulo	150	
Bairro	Cidade	CEP
Petropolis	Natal	59129-030
E-mail	Estado	Telefone (DDD)
Não possui	RN	(84) 3027-2829

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b> <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b> <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> <b>ATÉ R\$ 1.000,00</b> <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> <b>R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUQUANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome Banco Sicredi NRO 756				AGÊNCIA NRO 9194 DIV (Informar dígito se existir)			
AGÊNCIA NRO DIV (Informar dígito se existir)				CONTA NRO 23.161 DIV 9 (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Natal-RN, 18 de Outubro de 2017  
Local e Data

Alfonso Pablo B. Nunes  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Alfonso Pablo Batista Nunes	033.867.554-02	Advogado - DR
Endereço	Número	Complemento
R. Abel de São Paulo	1150	
Bairro	Cidade	CEP
Petropolis	Natal	59129-030
E-mail	Estado	Telefone (DDD)
Não possui	RN	(84) 3027-2829

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b> <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b> <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00					
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUQUANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)											
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome Banco Sicredi NRO 756				AGÊNCIA NRO 9194				CONTA NRO 23.161			
AGÊNCIA NRO (Informar dígito se existir)		DIV (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO (Informar dígito se existir)		DIV (Informar dígito se existir)					

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Natal-RN, 18 de Outubro de 2017  
Local e Data

Alfonso Pablo B. Nunes  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2017

Carta nº: 11958547

A/C: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

Sinistro: 3170565238 ASL-0407446/17  
Vítima: ALLAN PABLO BATISTA NUNES  
Data Acidente: 20/06/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

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: **ALLAN PABLO BATISTA NUNES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **756**

Agência: **000004194**

Conta: **0000023161-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2017

Carta nº: 11903587

A/C: ALLAN PABLO BATISTA NUNES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170565238 ASL-0407446/17  
**Vítima:** ALLAN PABLO BATISTA NUNES  
**Data Acidente:** 20/06/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

