

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Nº Sinistro: 3180537786

Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537786**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização 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

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180537786

Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180537786

Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	093.884.044-40	José Carlos Batista de Sousa Junior	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPE Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	093.884.044-40
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Porteiro	Rua Castro Alves	158	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Oitizeiro	Itapé Pernambuco	PE	58.089-120
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 99921-9283		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input type="checkbox"/> Itaú (341) OP.013	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1033 <input type="checkbox"/> CONTA: 95024 <input type="checkbox"/> 0	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víviro Data do óbito da vítima:

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

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

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

Local e Data, João Pessoa, 14/11/2018
 Nome: José Carlos Batista de Sousa Junior
 CPF: 093.884.044-40

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: *REV. PIRES* CPF: *25014 NOV. 2013*
 2º | Nome: *PROT. COLO* CPF: *1040 PESSOA*
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01553.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01553.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:16 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **José Carlos Batista de Sousa Junior**, CPF nº 093.884.044-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria Zelia Jeronimo de Sousa e José Carlos Batista de Sousa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/03/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Castro Alves, Nº 158, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Praça Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98601-9016.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Castro Alves, Próximo a Praça Lauro Wanderley, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/05/18 14:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ 125K, PRETA, 2011, PLACA OFC4309/PB, CHASSI 9C6KE1260C0024052, registrada em nome do noticiante pela Rua Aristides Vilar e ao entrar à direita na Rua Castro Alves foi atingido na lateral esquerda por outra MOTO HONDA TITAN NÃO IDENTIFICADA, conduzida por uma mulher de nome PRISCILA, a qual transitava pela contramão de direção; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, EXPEDIDO PELO DR JAILSON DANTAS, CRM/PB 6206, DATADO DE 06.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que PRISCILA teve ferimentos no braço; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

José Carlos Batista de Sousa Junior
Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01553.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01553.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:16 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **José Carlos Batista de Sousa Junior**, CPF nº 093.884.044-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria Zelia Jeronimo de Sousa e José Carlos Batista de Sousa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/03/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Castro Alves, Nº 158, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Praça Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98601-9016.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Castro Alves, Próximo a Praça Lauro Wanderley, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/05/18 14:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

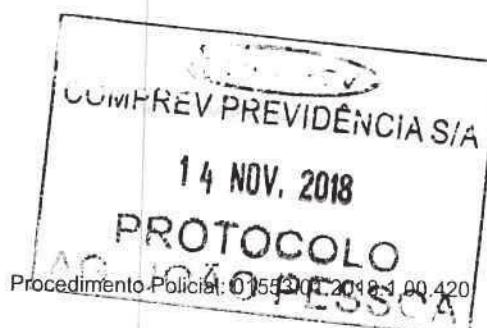
Que conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ 125K, PRETA, 2011, PLACA OFC4309/PB, CHASSI 9C6KE1260C0024052, registrada em nome do noticiante pela Rua Aristides Vilar e ao entrar à direita na Rua Castro Alves foi atingido na lateral esquerda por outra MOTO HONDA TITAN NÃO IDENTIFICADA, conduzida por uma mulher de nome PRISCILA, a qual transitava pela contramão de direção; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, EXPEDIDO PELO DR JAILSON DANTAS, CRM/PB 6206, DATADO DE 06.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que PRISCILA teve ferimentos no braço; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

José Carlos Batista de Sousa Junior
Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01553.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01553.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:16 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **José Carlos Batista de Sousa Junior**, CPF nº 093.884.044-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria Zeliu Jerônimo de Sousa e José Carlos Batista de Sousa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/03/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Castro Alves, Nº 158, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Praça Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98601-9016.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Castro Alves, Próximo a Praça Lauro Wanderley, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo de Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/05/18 14:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ 125K, PRETA, 2011, PLACA OFC4309/PB, CHASSI 9C6KE1260C0024052, registrada em nome do noticiante pela Rua Aristides Vilar e ao entrar à direita na Rua Castro Alves foi atingido na lateral esquerda por outra MOTO HONDA TITAN NÃO IDENTIFICADA, conduzida por uma mulher de nome PRISCILA, a qual transitava pela contramão de direção; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, EXPEDIDO PELO DR JAILSON DANTAS, CRM/PB 6206, DATADO DE 06.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que PRISCILA teve ferimentos no braço; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	093.884.044-40	José Carlos Batista de Sousa Junior	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPE Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	093.884.044-40
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Porteiro	Rua Castro Alves	158	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Oitizeiro	Itapé Pernambuco	PE	58.089-120
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 99921-9283		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input type="checkbox"/> Itaú (341) OP.013	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1033 <input type="checkbox"/> CONTA: 95024 <input type="checkbox"/> 0	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víviro Data do óbito da vítima:

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

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

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

Local e Data, João Pessoa, 14/11/2018
 Nome: José Carlos Batista de Sousa Junior
 CPF: 093.884.044-40

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: *REV. PIRES*
 CPF: *25014 NOV. 2019*
 2º | Nome: *PROT. COLO*
 CPF: *1040 PESSOA*
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 807/006, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2080429, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOSÉ CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR idade 30 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Moto x Moto) no dia 22/05/2018, na Rua Castro Alves x Av. Tiradentes, Bairro: Funcionários I - João Pessoa - aproximadamente às 14:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

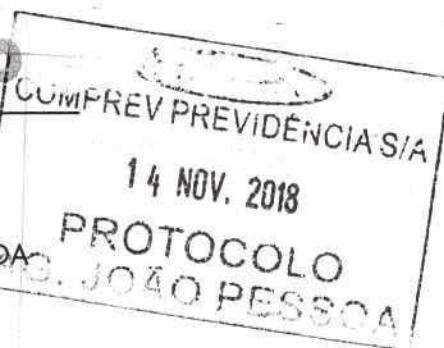
Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 07 de Agosto de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
Região: 10171

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 014.837.210



Luz, Imaginação, Realização
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOAQUIM GARCIA ALVES
RUA CASTRO ALVES 158.
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/527039-2

REFERÊNCIA
OUT/2018

APRESENTAÇÃO
30/10/2018

CONSUMO

112

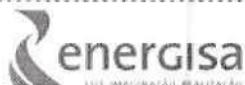
VENCIMENTO

21/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,92

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

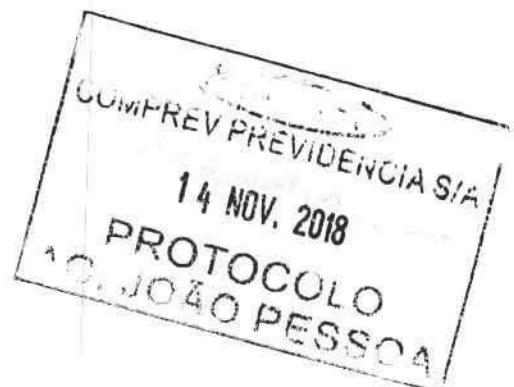
JOAQUIM GARCIA ALVES

Rotelro: 18-002-517-1600

83600000000-7 70920149000-6 05270392018-2 10100002019-4



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
21/11/2018	R\$ 70,92	527039-2018-10-1



231

CERTIDÃO

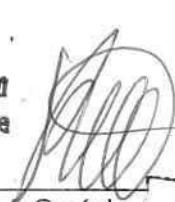
Nº. 1498/2018

Atendendo solicitação de **JOSE CARLOS BATISTA SOUSA JR** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 130556 e Prontuário nº 2017.10.003575 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 22/05/2018 ás 15H33min, vitima de colisão moto x moto, apresentando trauma em mão e pé esquerdos.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/05/2018 com alta médica dia 06/06/2018.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2018


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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 130556 Atd: Nao Regulac
Data: 22/05/2018
Hora: 15:33:18
Recepctionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Num. Prontuario: 2017.10.003575

CNS: 706406643729084 Sexo: M IDENTIDADE: 3367223 Fone: 988089733

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/03/1988 Id: 30 ano(s)

End.: RUA CASTRO ALVES, 400 VIGILANTE DE PATRIMONIAL

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA ZELIA JERONIMO DE SOUSA

Pai: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Te^l/Doc. Responsavel: 988089733 / IDENTIDADE: 3367223

End.:

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO TARDE CONDUTOR FUNCIONARIOS I

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Sintoma Principal

AV: IACAO DA GERAL

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conclata

Prescricao

Horario da medicacao

14 NOV. 2018

PROTÓCOLO
DE
PESCA

JOAO CARLOS BATISTA DE SOUSA
Vitima de colisao entre moto e moto
na noite de ontem a noite
a um humor confundido na noite

De pe. temos de novo a
muita dor no lado esquerdo e
dor no lado direito. A dor é

Sóni + Rebeca + Revi, nem
orfãos.

Recebi impressa falecida.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

14 NOV. 2018

1) Síntese Sintese
2) Anamnese Anamnese
3) Clínica Clínica

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

4) Procedimentos
5) Anamnese de obstrução



→ Fim de expediente dos profissionais
Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência

[] Transferência

[] Desistência de UTI

[] Alta a pedido

[] Enfermaria

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Carlos B. de Souza Júnior Data da Admissão: 21/05/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

COMPREV PREVIDÊNCIAS A
14 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudoese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Colo de círculo
Assentume

Incisão:

Prehörn P.A. selva

Achados: Odor de Comprestérni

• Feijão edema ST. 0,5

• Síntese & desmodorula P.

Conduta:

• C. ferorrupto
• Feijão & esterne

• Feijão & esterne

Pel P.

~~COMPREV PREVIDÊNCIA SIA~~
14 NOV. 2018
~~PROTÓCOLO~~
~~EXAME PESSOAL~~

Fechamento:

OBS: Não me refugue da dor
na função tente a subida
com suporte

Data: 22/05/18


Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Av. Presidente Vargas, 6350
Médico CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jose carlos Belito</i>				PRONTUÁRIO N°		
IDADE	SEXO	CÓR	CLÍNICA	ENF	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO <i>22.5.18</i>		DATA DE ALTA <i>06.06.18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Ferida exposta de PE Cap e ferimento DORNO PE</i>				CID		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O menos</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS <i>—</i>						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx</i>						
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>laringio a tige dura</i> <i>canal</i>						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)	<i>paciente admitido com ferimento exposto ao pé' exposto e ferimento no dorso ferido de unha, em unha sem háluxo. Deve-se dizer a ferida fechada em epileptorragia e era ocupado de hæmostósis de unha sólida</i>
--	--

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA:	<i>14 NOV. 2018</i>
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<i>PROTOCOLO PESSOAL</i>
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA <i>06.06.18</i>	<i>Cirurgião Dr. Jailson Dantas CRM 10406</i>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

128

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
PLAQUEIRA MÓVEL DA DEPARTAMENTO

NOME JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR		DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 3367223 SSP PB	
CPF 093.884.044-40		DATA NASCIMENTO 25/03/1988	
TITULAÇÃO JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA MARIA ZELIA JERONIMO DE SOUSA		PERMISSÃO ACC CAT. NÁS. 	
Nº REGISTRO 05565324419		VALIDADE 11/08/2021 1ª HABILITAÇÃO 14/08/2012	
OBSERVAÇÕES <p>A :</p>			
LOCAL JOÃO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO 11/08/2016	
		68916185868 PB033061742	
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DA PARAÍBA			

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1290216108





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013928946691
P.R.T. 20180000036519-3
VIA CÓD. RENAVAM R.N.I.R.C. EXERCÍCIO
1 0040816255-4 00/00000000 2018

NOME
JOSE CARLOS BATISTA DE S JUNIOR

CPF / CNPJ PLACA
09388404440 OFC4309/PB

PLACA ANT / UF CHASSI
NOVO PB 9C6KE1260C0024052

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLE / NÃO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
VANZETTI / VTB 125 2011 2011

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 / P / 124 / C1 PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
IPVA 00/00/0000 1^a
FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2^a
***** 0 3^a

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 30/01/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA
JOAO PESSOA-PB 30/01/2018
32280 
ENDERECO: Vieira da Silva
Dir. de Licenciamento - DETAN-PB
894089



SEGURO OBRIGATÓRIO
AUTOMOTORES
TR

PB Nº 01

ESTE É
PARA M
AS CO

WY

VIA 1 09388
RENAVAM

0040816255

ANO FAB. CAT. T
2011

FNS (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

S COTA ÚNICA

SE

894

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537786 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537786 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537786 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414705/18

Número do Sinistro: 3180537786

Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

CPF: 093.884.044-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 30/11/2018

Nome: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR
CPF: 093.884.044-40

Data do cadastramento: 30/11/2018

Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414705/18

Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIO

CPF: 093.884.044-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR : 093.884.044-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR
CPF: 093.884.044-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414705/18

Número do Sinistro: 3180537786

Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

CPF: 093.884.044-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2018

Titular do CPF: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 27/11/2018

Nome: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR
CPF: 093.884.044-40

Data do cadastramento: 27/11/2018

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA