



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, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180567239

Vítima: ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/03/2010

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180567239

Vítima: ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/03/2010

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de alindia que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recet indenização no banco.

EU, Elton de Jesus dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.062.813 EXPEDIDO POR SPB EM 23/08/13
 CPF 059909084-68 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEM
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS E
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são ob constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma, ser apri

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funt
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.00
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documen comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDER www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depi
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

DISPOSTIVO: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanu escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0074 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1143942

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA IN DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZ

João Pessoa, 21 de Novembro de 2013
 LOCAL E DATA



ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

0044.013.144594-0

Esqueça tudo para proporcionar o melhor do ensino de canto

**Oste! Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Poupança**

Mais informações consulte o site: coica.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Saudáveis, Atendimento a pessoas Ouvintes
sugerir a elegia, com deficiência auditiva ou de fala.

0044.013.144594-0

0044.013.144594-0



TNU

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro - CEP. 58.010-170 - Fone: (83) 3218-5334

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1752/2012**

Aos dezessete dias mês de outubro do ano de dois mil e doze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 14:30h, compareceu o (a) Senhor (a): **ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS**, brasileiro, natural de Mamanguape/PB, União Estável, com 27 anos de idade, Autônomo, Analfabeto, filho de Luiz Batista dos Santos e de Dalvina Rosa Nascimento dos Santos, RG. 3.067.013-SSP/PB, residente na Rua França Leite, SN, Baleado, Cruz das Armas, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 06/03/10, por volta das 02:30h, quando conduzia uma motocicleta de marca HONDA/CG 150, cor vermelha, de placa não sabida, pertencente a um amigo, pela BR-101, na cidade de Mamanguape/PB, após perder o controle de direção caiu ao solo, tendo este sofrido fratura da clavícula esquerda, sendo socorrido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 17 de outubro de 2012.



Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135/882-8

Escrivão





CERTIDÃO

Nº. 747/2011

Comprovação de ato declaratório



Atendendo solicitação do senhor Orlando Nascimento dos Santos e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de Atendimento Ambulatorial de Nº 176322/2010 e Prontuário Médico Nº 2010031019 pertencentes ao senhor Orlando Nascimento dos Santos que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 06/03/10 às 16h26min, vítima de queda de moto no dia anterior, com trauma em clavícula esquerda.

Submetido a avaliação médica e a Rx que constatou fratura de clavícula esquerda. Indicado tratamento conservador. Recebeu alta hospitalar no dia 16/03/11 com orientação para acompanhamento ambulatorial.

E para constar eu, Savana Marinho Toniolo, Médica da Vigilância à Saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de Agosto de 2011.

Savana Marinho Toniolo
C. Médica (Tuberculose)
CRM: 4295/PB

Médica da Vigilância à Saúde
CRM: 4295/PB



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Wilson Soraizement do Santo portador da carteira
 identidade nº 3.067.013 e inscrito no CPF/MF sob o nº 059.909.014-61
 residente e domiciliado na Rua Senador Maria do Rocio
 Cidade Maranguape Estado PR, declaro, sob as penas da lei,
 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requeriment
 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 fi
 prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com p
 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 cobertur
 invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declar
 permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Mé
 Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT p
 correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Le
 6.194/74.

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



Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

João Pessoa 21-11-2018

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Orlando Norcimentes dos SantosRG nº 2.062.013, data de expedição 23/06/03 Órgão SSPB

CPF nº 059.909.014-68 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 da terceira:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Selenia Maria de
Número	Conceição 154
Apto / Complemento	lato
Bairro	Gurupi
Cidade	mamanguape
Estado	PB
CEP	58280-000
Telefone de Contato	83-3941-1843
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: P. 21-11-018

Assinatura do Declarante: _____



Faturas em atraso



Dr. Milton de Sá Lino Linhares
CRM: 4714

Dr. João Bartolomeu Faria Ribeiro
CRM: 4518

Dr. Milvan S. Linhares
CRM: 5045

Dr. Alberto A. de Oliveira
CRM: 5221

Dr. José Márcio C. Pontes
CRM: 4719

Relatório Médico

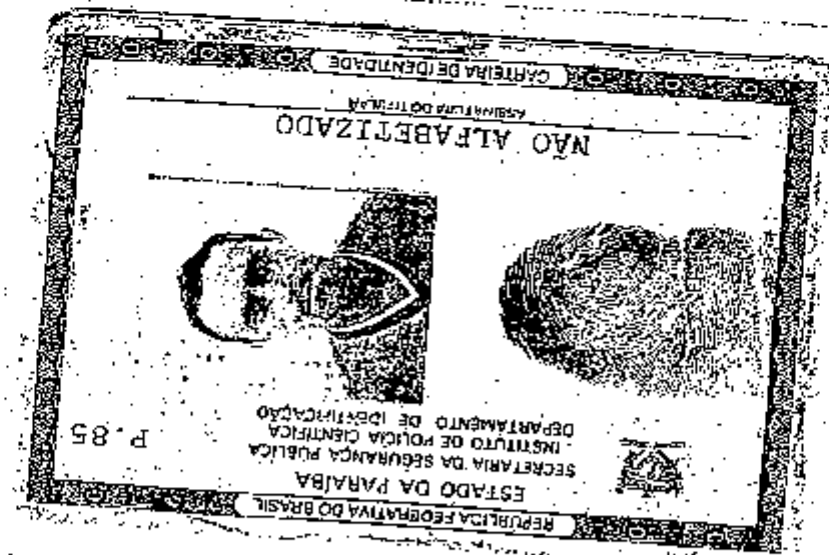
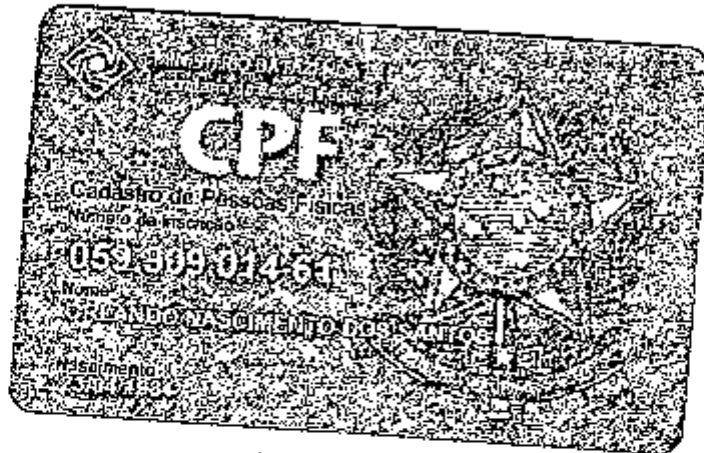
O sr. Orlando Nascimento das Santos sofreu trauma na região da clavícula esquerda e foi tratado conservadoramente. Evoluiu com pseudo artrose e hoje apresenta debilidade permanente do membro superior esquerdo por dor e perda parcial da força muscular e da amplitude dos movimentos da junta.

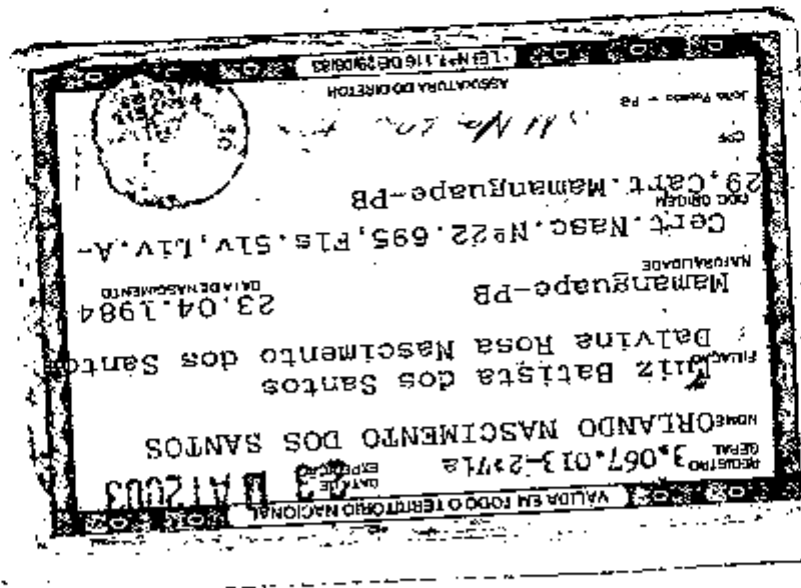
CID: S42.0

J. Pessoa, 19/10/12

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM 5221 RGT 7702

Av. Cruz das Armas 228 - Cruz das Armas
Fones: (83) 3262-0474 - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.581.442/0001-20





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0435505/18

Vítima: ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 059.909.014-61

Data do acidente: 06/03/2010

Titular do CPF: ORLANDO NASCIMENTO
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS : 059.909.014-61

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 protocoladas 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: 03/12/2018
Nome: ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS
CPF: 059.909.014-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS

Paulo Victor Soares Sant'Ana

OBJETIVO SOLICITADA **INVALIDEZ PERMANENTE** **0 DAMS**

VITIMA WILSON ALBUQUERQUE DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 03/03/2008 **BOSSUCHELLSIMJ** **NÃO** **NR CP** 059 009 01461

- DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL** (cópia simples)
- () Documento de identificação legal (cópia simples)
 - () CPF do representante legal (cópia simples)
 - () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES.**
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
 - Todos os documentos devem estar legíveis

- DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA** (cópia autenticada) () Sim () Não
- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
 - () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 - () Comprovante de Alto Declaratório - quando necessário
 - () Laudo de invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
 - () Declaração de ausência de laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
 - () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 - () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 - () CPF da vítima (cópia simples)
 - () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
 - () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

- DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL**
- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
 - () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 - () Comprovante de Alto Declaratório - quando necessário
 - () Comprovantes das despesas (frete e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
 - () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 - () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 - () CPF da vítima (cópia simples)
 - () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
 - () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (orientações no próprio formulário)

- DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**
- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
 - () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
 - () Comprovante de Alto Declaratório - quando necessário
 - () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 - () CPF da vítima (cópia simples)
 - () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
 - () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
 - () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
 - () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
 - () Laudo Cadavérico (IMQ) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

- DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**
- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
 - BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo (junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável) (cópia simples)
 - BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo (junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável) (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de separação de fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) cônjuge, e o cônjuge
 - BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO (Nome) WILSON ALBUQUERQUE DOS SANTOS

Quem é o portador? () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail _____

Data 21/11/2018 **Assinatura** _____

Porto de Atendimento (Nome do Porto) _____

Atendente WILSON ALBUQUERQUE DOS SANTOS **Matrícula** 89400317

Digite 21/11/2018 **Assinatura** _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435505/18

Vítima: ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 059.909.014-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2010

Titular do CPF: ORLANDO NASCIMENTO
DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS : 059.909.014-61

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: 03/12/2018
Nome: ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS
CPF: 059.909.014-61

ORLANDO NASCIMENTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana