

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE PEREIRA FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180503180**

Vitima: **JOSE PEREIRA FERREIRA**

Data do Acidente: **12/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180503180**.

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

Carta nº 13529375



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389833/18

Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA

CPF: 475.251.424-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 12/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEREIRA FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA : 059.058.754-48

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

JOSE PEREIRA FERREIRA : 475.251.424-91

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: 24/10/2018
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389833/18

Número do Sinistro: 3180503180

Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA

CPF: 475.251.424-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 12/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEREIRA FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 13/11/2018
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROCURAÇÃO



Outorgante: JOSE PEREIRA FERREIRA, brasileiro (a), estado civil: Casado, profissão: Desempregado, residente e domiciliado Rua Tv 4 Rios Tapajos,, nº 798, bairro: Boa Esperança, CIDADE: ABREU E LIMA Estado de PERNAMBUCO. Cep:53.580-314 Portador (a) do RG:3.068.391 SSP/PE , CPF: 475.251.424-91

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro (a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado (a) à Rua Tomaz Gonzaga, nº 248, bairro: Zumbi, Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO - CEP.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE PEREIRA FERREIRA, ocorrido em 12/07/2018 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, solicitar a declaração do Bombeiro, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

A. GZIMA, 14 de AGOSTO de 2018.



Jose Pereira Ferreira
Outorgante
CPF Nº 475.251.424-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180503180 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA **Data do acidente:** 12/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO CONTUDO EM COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

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: 3180503180 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA **Data do acidente:** 12/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO CONTUDO EM COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Seu Primo Fernando
 DATA DO ACIDENTE 12/09/18 CPF DA VITIMA 445.251.424-91
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

EXCELSIOR SEGUROS
 24 OUT 2018

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____ IDENTIDADE _____ ASSINATURA _____
 DATA _____ NOME _____ ASSINATURA _____

EXCELSIOR SEGUROS
28 OUT 2018
SEGURO DE VAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014083340777	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA	ODD RENAVAM	ENTRO	EXERCÍCIO
1	703017942	*****	2018
NOME			
ROBSON DE MENEZES FERREIRA			
ABREU E LIMA-PI			
CPF/CNPJ		PLACA	
098.115.154-26		PGN3219	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
*****		9C2ND1110ER003657	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	
HONDA/XRE 300		2013	
CAP/POT/CL		ANO MOD.	
2P/291CL		2018	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
PARTIC		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENO COTAS	
IPVA 2018 QUITADO		1ª *****	
FAIXA IPVA		2ª *****	
1		3ª *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO PAG. OBRIGATORIO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
DOCUMENTO DE PORTE OUTR GASTOS			
Nº DO PARA TRANSFERENCIA			
ABREU E LIMA-PI		DATA	
Charles Andreas Sousa Ribeiro		26/06/18	
Diretor Presidente DETRAN/PE			

EXCELSIOR SEGUROS
24 OUT 2018
@SEHRA PDMF

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE PEREIRA FERREIRA

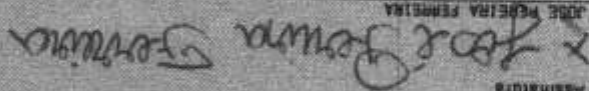
Nº de inscrição
475251424-91

Data do Nascimento
01/05/66



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 16/02/00


Assinatura

Esta documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

0
R
P
R
E
S

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TAVARES BURL

10-MEO

CARTeira DE IDENTIDADE

Assinatura do Titular

JOSE Gervasio Ferreira




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.868.391

DATA DE EXPEDICAO 30.06.1997

NOME

JOSE PEREIRA FERREIRA

FILIAÇÃO

Gelson Bazilio Ferreira
Elisa Felix Pereira

NATURALIDADE

Juripiranga-PB

DATA DE NASCIMENTO

01.05.1966

DOCORIGEM C.N.8237-L.17-A-F.314-Cart.Juripi

ranga-PB

CPF

Assinatura do Diretor

Bel. Jose Urbano Correia do Amaral

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

0389833/18



Declaração de Comparecimento

Declaro que o (a) **Sr. (a) JOSE PEREIRA FERREIRA** compareceu no Hospital do Tricentenário no dia **23/10/2018** das **06:07** às **12:00** horas para fins de atendimento.

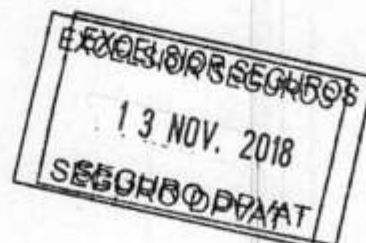
CID 10 = S 42 - FRAT DA CLAVICULA ESQ

Olinda, 23/10/2018

Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR
CRM: 13240

Hospital do Tricentenário

Rua Farias Neves Sobrinho, n. 232 Bairro: Novo Cidade: Olinda - PE Cep. 53.120-420
CNPJ: 10.158.920/0001-33 Fone: (81) 3429-2622
www.hospitaldotricentenario.com.br



24h

UPA IGARASSU - IGARASSU

BIMF

CENTRO DE PRONTO ATENDIMENTO

Número: 988249

Classificação:

0076

Data e Hora: 12/07/2018 11:03

Paciente: 76785 JOSE PEREIRA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 01/05/1966 Idade: 52 anos Convenio: 2 SUS PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELISA FELIX PEREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA PLANTONISTA

CRM: 127624

Atenção: IGAJOI

798

Bairro: CENTRO

Município: AGRICULTURA

PE

Cep: 53510180

Usuário Atendimento: ANA LOPES

Identidade):

Data de Emissão:

Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Certidão de Registro de Nascimento):

Data de Emissão CRN:

Obrigado
Pelo Atendimento

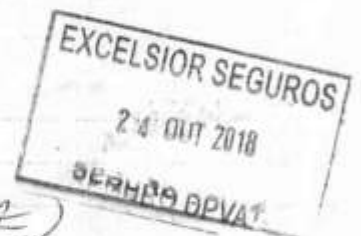
ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: mmHg

DATA: / / HORA: :

SÍNTESE PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Dor + Formigão pariforme em COTOVOS
(E) APÓS TRAUMA (COLUN 100 X 6 CM)

Exame Físico:

Dor + Limitação de ADM
Formigão Formiforme COTOVOS (E)

SÍNTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura CERVICAL (E)

CITAÇÃO DE EXAMES:

RX COTOVOS e OMBRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- ① DILATAÇÃO 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
- ② LIMPEZA + CURATIVO COTOVOS ESQUEMO
- ③ TIRÓIDE MSE

SS: 27/07/2018

Lina Tebaldi Neto
CRM: 127624

Atendimento / Crenepe:

Atendimento: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Atendimento / Crenepe:

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

A: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☒ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA

LOCAL:

SENHA:

☐ ÓBITO

Data:

12.23.18

ÀS

☐

ATESTADO DE ÓBITO

☐

SVG

☐

REI

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: _____

HORA: _____

NOME LEGÍVEL: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

SINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____

24 HORAS - IGARASSU

Como a Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE (MR)

dia e hora retirada da senha: 12/07/2018 10:54

Nome Paciente:	JOSE PEREIRA FERREIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	01/05/1966
Sexo:	Masculino
Idade:	52
Senha:	0076
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

12/07/2018 10:58 - 12/07/2018 11:00

TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Verdade: **URGENCIA - AMARELO**

	AMARELO
--	---------

Assa Principal: AFIIRMA QUEDA DE MOTO COM IMPACTO EM MSE/MIL
RELATA NAO SENTIR NADA EM DORSO OU TRONCO

Observação: 1. ACIDENTE DE MOTO.
TOMA REMEDIO CONTROLADO.

Programa sintoma: TRAUMA

—(im)placador(es): SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Exames feitos:

- ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 5
- P.A. DISTOLICA: 88.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 148.00 MMHG

EXCELSIOR SEGUROS
24 OUT 2016
SEGURO ADYNT.

Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/07/2018 11:00

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROBSON DE MENEZES FERREIRA,
RG nº 8.563.383, data de expedição 04/04/2017
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 098.116.164-26, com
domicílio na cidade de ABREU E LIMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
4TV RIO TAPAYOS, nº 798,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE PEREIRA FERREIRA, cujo o condutor era
ROBSON DE MENEZES FERREIRA.

Veículo: HONDA /XRE 300
Modelo: 2014
Ano: 2013
Placa: PGN 3219
Chassi: 9C2ND1110ER003657
Data do Acidente: 12-07-2018
Local e Data: _____

Cartório
Alfredo Mariano

Robson de Menezes Ferreira
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
BEL. ALFREDO MARIANO DE SAITO - Tabelião / Rua Cel. Urbano Ribeiro de Senna, N° 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep. 52.520-200 - Fones: (81) 3542-1381/3541-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de ROBSON DE MENEZES FERREIRA,
Abreu e Lima/PE, 16/08/2018 15:08:48, em testemunho da verdade.
Emolumentos: R\$ 3,99 TSNR: R\$ 0,00 Total: 4,99. RC-3-63139

Priscila Alves Fernandes
Priscila Alves Fernandes - Escrevente
Selo digital: 0150607.D2V08201802.01345

consulte autenticidade em www.tpe.pe.br/validadigital

8

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

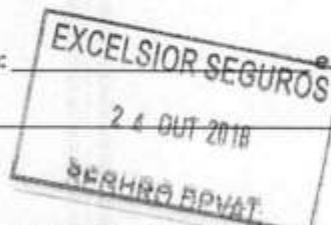
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA AUREA LUCENA DE ABEIROZ VEIGA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.058.754 / 48 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEREIRA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.251.424 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura INVAUZEE da Vítima JOSE PEREIRA FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.251.424 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA TOMAZ GONZAGA</u>		Número <u>248</u>	Complemento
Bairro <u>ZUMBI</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.711-090</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>81.3542.6913</u>	Telefone celular (DDD) <u>81.98680.5660</u>	

RECIFE, 16 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Maria Auroa L. de A. Veiga
Assinatura do Declarante



CTC RECIFE PE PL2

PC 47

JOSE PEREIRA FERREIRA
4 TV RIO TAPAJOS 798
CS - BOA ESPERANCA
53580-314 ABREU E LIMA - PE



Postagem: 17/07/2018

Vencimento: 27/07/2018

Emissão: 16/07/2018

321109423006888000001510710 170718

Fechamento próxima fatura: 22/08/2018

Titular **JOSE PEREIRA FERREIRA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.6595**

Prá que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

Vencimento

27/07/2018

A) pagamento total R\$ ou

132,78

B) pagamento para R\$ ou

rotativo (a partir de)

19,92

C) parcelas fixas R\$ ou

12,90
+23x 12,90

D) pagamento mínimo para R\$

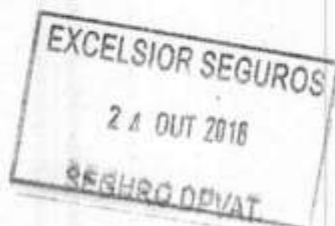
financiamento

Não Disponível

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

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.590,00
Limite utilizado no mês	120,88
Limite de crédito parcelado	2.385,00
Retirada de recursos País(saque)	70,00



☒ Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Consulte outra opção

Lançamentos: compras e saques**JOSE P FERREIRA (final 0478)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
04/03	DI SANTINI	28,02
	ABREU E LIMA	
16/06	NETFLIX.COM	37,90
	SAO PAULO	

Lançamentos no cartão (final 0478) 65,92**JOSE P FERREIRA (final 6595)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
11/07	SERV EDUCI LAR E S01/06	55,00

Lançamentos no cartão (final 6595) 55,00**Lançamentos: produtos e serviços**

DATA	PRODUTOS/ SERVIÇOS	VALOR EM R\$
------	--------------------	--------------

Continua...

**Banco Itaú S.A. 341-7**

Número do Documento

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

Endereço do Beneficiário

34191.75330 67042.582048 00173.090002 4 000

00133670425/0060537

JOSE PEREIRA FERREIRA - 475.251.424-91

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

AV RUA BARBOSA, 251, P.A., GRAÇAS - RECIFE - PE

Recibo Número

Valor do documento

Vencimento

recibo do pagador

175/33670425-4

R\$ 132,78

27/07/2018

Autenticação Mecânica

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Documento: 988249

Classificação:

0076

Data e Hora: 12/07/2018 11:03

Paciente: 76785 JOSE PEREIRA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/05/1966

Idade: 52 anos

Convenio: 2

SUS PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELISA FELIX PEREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA PLANTONISTA

CRM: 120454

Catálogo: TABAJOI

798

Bairro: CENTRO

Município/UF: ADRÉU E LIMA

PE

Cep: 53510180

Usuário Atendimento: ANATIM

Identidade):

Data de Emissão:

(Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

ORIGINAL
ASSINADO
0076

ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: DATA: HORA:

HISTÓRIA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

DOR + FUMIGANDO PONTIFORME EM COTOVELO
(E) APÓS TRAUMA (COLUNA MOXO X LAM)

EXAME FÍSICO:

DOR + LIMITAÇÃO DA ADM
FUMIGANDO FUMIFORME COTOVELO (E)

EXCELSIOR SEGUROS
24 OUT 2018
DEPARTAMENTO

DIAGNÓSTICO (S) DIAGNÓSTICA (S):

Frauma CERVICAL (E)

INDICAÇÃO DE EXAMES:

RX COTOVELO e OMBRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- ① DILATAÇÃO 1g + AD, OR, 100mg
- ② LIMPA + CURATIVO COTOVELO ESQUERDO
- ③ TIPSIA MSG

SS. 27/07/2018

União Teófilo Nogueira
CRM: 120454

Local / Creche:

Atendimento: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Local / Creche:

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

() Melhorada () Com Atestado (X) Com Prescrição

() TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____

SENHA: _____

() ÓBITO Data: 12.03.18 ÀS _____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () OUTRO

Médico / Cremepe: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: _____

HORA: _____

NOME LEGÍVEL: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

SIGNATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____

0389833/18



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC
DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0118007998

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2018** às **09:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAULISTA, 1 - Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROBSON DE MENEZES FERREIRA (OUTRO)
JOSE PEREIRA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBSON DE MENEZES FERREIRA



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE PEREIRA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: . Data de Nascimento: 1/5/1966 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: 3068391/SDS/PE (RG), 47525142491 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares:
- 986499595
Endereço Residencial: **RUA RIO TAPAJOS, 798 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROBSON DE MENEZES FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 19/12/1996 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROBSON DE MENEZES FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBSON DE MENEZES FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PGN3219 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: 703017942 Chassi: 9C2ND1110ER003657

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATA A VITIMA, ESTAVA COMO PASSAGEIRO NA MOTO CITADA, PILOTADA PELO SEU FILHO ROBSON, ONDE ESTES VINHAM PELA BR 101 PROXIMO AO BARILOCHE, QUANDO UM CAMINHAO DE PLACA MNE 6618 ENTROU NA SUA FRENTE RAPIDAMENTE, NAO DANDO TEMPO PARA FREIAR, QUE O PILOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE IGARASSU - ATENDIMENTO 988249 - ONDE RECEBEU ATENDIMENTO DE EMERGENCIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

x José Pereira Ferreira
JOSE PEREIRA FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO ALBERTO PEREIRA CAVALCANTE** - Matrícula: 319754-9

0389833/18



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC
DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0118007998

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2018** às **09:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAULISTA, 1 - Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROBSON DE MENEZES FERREIRA (OUTRO)
JOSE PEREIRA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBSON DE MENEZES FERREIRA



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE PEREIRA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: . Data de Nascimento: 1/5/1966 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: 3068391/SDS/PE (RG), 47525142491 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares:
- 986499595
Endereço Residencial: **RUA RIO TAPAJOS, 798 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROBSON DE MENEZES FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 19/12/1996 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROBSON DE MENEZES FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBSON DE MENEZES FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PGN3219 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: 703017942 Chassi: 9C2ND1110ER003657

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATA A VITIMA, ESTAVA COMO PASSAGEIRO NA MOTO CITADA, PILOTADA PELO SEU FILHO ROBSON, ONDE ESTES VINHAM PELA BR 101 PROXIMO AO BARILOCHE, QUANDO UM CAMINHAO DE PLACA MNE 6618 ENTROU NA SUA FRENTE RAPIDAMENTE, NAO DANDO TEMPO PARA FREIAR, QUE O PILOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE IGARASSU - ATENDIMENTO 988249 - ONDE RECEBEU ATENDIMENTO DE EMERGENCIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

x José Pereira Ferreira
JOSE PEREIRA FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO ALBERTO PEREIRA CAVALCANTE** - Matrícula: **319754-9**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 com 16 ou 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

475257 424 - 91

JOSÉ PEREIRA FERREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSÉ PEREIRA FERREIRA		CPF titular da conta	Profissão CONFERENTE
Endereço 42 TRAVESSA RIO TAPAJOS		Número 798	Complemento
Bairro BOA ESPERANÇA	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53580-314
Email		Telefone (DDD) (081) 8-86499595	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRQ. 3122 D/V ☐		CONTA NRQ. 037595 D/V 4		BANCO Nome NRQ.		AGÊNCIA NRQ. D/V ☐	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

EXCELSIOR SEGUROS
24 OUT 2018
SEGURO DPVAT

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.

ABREU E LIMA 16 de outubro de 2018

Local e Data

Jose Pereira Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE PEREIRA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180503180

Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA

Data do Acidente: 12/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180503180**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE PEREIRA FERREIRA
Nº Sinistro: 3180503180
Vitima: JOSE PEREIRA FERREIRA
Data do Acidente: 12/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180503180**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Carta nº 13537738

