

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ISABEL CRISTINA BERTO

Nº Sinistro: 3180262059

Vitima: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES

Data do Acidente: 20/12/2017

Cobertura: DAMS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180262059**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12947023



---

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Carta nº 13547719

A/C: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180262059 ASL-0204101/18  
Vitima: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES  
Data Acidente: 20/12/2017  
Natureza: DAMS  
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Carta nº 13547722

A/C: ISABEL CRISTINA BERTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180262059 ASL-0204101/18  
Vitima: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES  
Data Acidente: 20/12/2017  
Natureza: DAMS  
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

**Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180262059**

**Vítima: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES**

**Data do Acidente: 20/12/2017**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na Sabemi Seguradora S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 12 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180262059**

**Vítima: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES**

**Data do Acidente: 20/12/2017**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), ISABEL CRISTINA BERTO**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na Sabemi Seguradora S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 16 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180262059**

**Vítima: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES**

**Data do Acidente: 20/12/2017**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ISABEL CRISTINA BERTO**

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

**Recebedor: ISABEL CRISTINA BERTO**

**Valor: R\$ 184,28**

**Banco: 001**

**Agência: 000002874-6**

**Conta: 000010045468-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 184,28

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

CLIENTE: ISABEL CRISTINA BERTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02874-6

CONTA: 000010045468-2

---

Nr. da Autenticação EC9907B330B8E918

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

Número do Sinistro ou ASL:  CPF da Vítima: 13543650467 Nome completo da vítima: Pedro Henrique Berto Nunes

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

Nome completo: <u>Isabel Cristina Berto</u>		CPF titular da conta: <u>00853709408</u>	Profissão: <input type="text"/>
Endereço: <u>TRV Santo Afonso</u>		Número: <u>18</u>	Complemento: <input type="text"/>
Bairro: <u>Edson Alga</u>	Cidade: <u>Natal</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59025-735</u>
Email: <u>jurica_adveconsultoria@gmail.com</u>		Telefone (DDD): <u>98839-7450</u>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
BANCO Nome: <input type="text"/> NRO: <input type="text"/>		BANCO Nome: <input type="text"/> NRO: <input type="text"/>	
AGÊNCIA NRO.: <u>2834</u> D/V: <u>6</u> CONTA NRO.: <u>45468</u> D/V: <u>0</u> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO.: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> CONTA NRO.: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

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

Natal, 07 de junho de 2018  
Local e Data

\* PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES \* Isabel Cristina Berto  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Contratado:** (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 2874-6 - POTIGUAR ( RN ), inscrita no CNPJ nº 000.000/4807-03, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

**Proponente/Contratante 1: ISABEL CRISTINA BERTO**, inscrito(a) no CPF sob o n.º 008.537.094-08, capaz, sexo feminino, brasileiro(a), natural de CANGUARETAMA RN, nascido(a) em 09/06/1977, filho(a) de FRANCISCO BERTO DA SILVA e LEONOR CAMILO DOS SANTOS, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 002080281, emitido(a) em 24/08/2016, pelo(a) SESPDS RN, do lar, endereço residencial: TRV SANTO AFONSO 18, CIDADE ALTA, NATAL - RN, CEP 59.025-735, telefone(s) (84) 98839-7450, solteiro(a), sem união estável.

#### **Dados da conta**

Agência 2874-6, conta-corrente n.º 45.468-0, poupança ouro n.º 510.045.468-3, poupança pouplex n.º 960.045.468-5, conta individual, aberta em 07.06.2018.

**PACOTE DE SERVIÇOS:** O Proponente/Contratante Declara ter conhecimento de que pode optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

#### **Declarações e autorizações**

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de conta corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 924.356, em 14/07/2017, que integram este contrato, e também, com as Informações essenciais - Conta corrente e conta poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia recebe(m) no ato da assinatura deste instrumento.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

O Proponente/Contratante autoriza que os saldos devedores na conta corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o Proponente/Contratante seja titular no Banco do Brasil, mediante débito nas contas

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES

Nº Sinistro: 3180262059

Vitima: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES

Data do Acidente: 20/12/2017

Cobertura: DAMS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180262059**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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 12944458



## PARECER DE DAMS

## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262059

Data do acidente: 20/12/2017

Vítima: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Natal

UF: RN

Análise: Primeira Análise

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data: 14/06/2018 14:59:48

## DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO MEMBRO INFER NIVEL NE FRAT DO MEMBRO INFER NIVEL NE

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			184,28	184,28
Total da Análise Atual			184,28	184,28

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

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: PEDRO HENRIQUE BERTO NUNES Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	184,28	184,28	184,28
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	184,28	184,28	184,28

TOTAL PLEITEADO: 184,28

TOTAL AVALIADO: 184,28

TOTAL PAGO + À PAGAR: 184,28

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA