
Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(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:	
	089.169.952.72	CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA		089.169.952.72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AUTÔNOMO	RUA PARQUE DAS FLORES	22	CEPS 7
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
PARQUE DAS FLORES	NOVA PARNAMIRIM	RN	59.154.230
E-mail:	Tel. (DDD):		
FRANCISCOSEGUROS@HOTMAIL.COM	84 99930.2330		

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 OPÇÃO 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 (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 4882	CONTA: 000.011.003	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, PARNAMIRIM, 08/02/2019

Nome: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

CPF: 089.169.952.72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Cesar Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

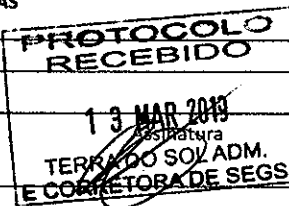
TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____



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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

AGÊNCIA: 4882

OPERAÇÃO: 013

CONTA: 000.011.003-4

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE

> RESULTADO > AUTENTICAÇÃO > Boletim de Acidente de Trânsito

VISUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO DIGITALIZADO

O boletim nº 101028 foi registrado em nosso banco de dados em 29/11/2018 às 08:56:11 com o código de controle 1DCI

NOVA CONSULTA

**PROTOCOLO
RECEBIDO**
13 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 101028

1 - LOCAL E DATA

Local AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO Bairro NOVA PARNAMIRIM
Cidade/UF PARNAMIRIM P. Ref. CLUBE DA PETROBRAS
Data 24/11/2018 Hora do acidente 12:20 Hora do registro 14:00 Dia da semana SABADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi Q60 0761 Cidade PARNAMIRIM UF RN
Marca/Mod. HYUNDAI CRETA 2.0A Cor CINZA Ano 2017 / 2018
Proprietário DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA N° de Ocupantes 01
Condutor DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Data de Nasc. 13/03/1982
Endereço R. ROSILDA MELO N° 129 Fone 99635 9427
Bairro NOVA PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF N° 049.808.534-12 CNH N° 05728986262 Validade 23/11/2022 Categoria B
Local de Trabalho MATERNIDADE JANUARIO CICCO Fone _____
End. AV. PRUDENTE DE MORAIS N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi 4142 (FINAL CHASSI) Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. SHINERAY Cor PRETA Ano 1
Proprietário CARLOS CESAR SILVA FERREIRA N° de Ocupantes 01
Condutor CARLOS CESAR SILVA FERREIRA Data de Nasc. 24/07/1975
Endereço R. PA. DAS FLORES - CASA 7 N° 22 Fone 9880 4963
Bairro CONT. PD. DAS ARVORES N. PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF N° 889.169.952-72 CNH N° M Validade 1-1- Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

PROTOCOLO
RECEBIDO

13 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / CIDADE SATELITE Em que faixa? _____

Versão do condutor ALEGA QUE: AO SAIR DA ACADEMIA BURN FIT OBSERVOU O FLUXO DE VEÍCULOS E VISUALIZOU VIT. QUANDO ESTAVA FAZENDO A MANOBRA P/ SEGUIR SENTIDO BR 101 FOI SURPREENDIDA POR VIT COLIDINDO EM VI.

Assinatura do Condutor do V1:

[Assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / AVIRTON SENNA Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALEGA QUE: TRAFEGAVA NORMALMENTE QUANDO FOI SURPREENDIDO POR VIT. SAINDO DE UM ESTACIONAMENTO E MANOBRANDO O SEU VEÍCULO P/ RETORNAR SENTIDO BR 101. NÃO ESPERANDO VIT PASSAR JÁ QUE VINHA NA PREFERENCIAL. VINDO ACONTECER O ACIDENTE.

Assinatura do Condutor do V2:

[Assinatura]

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3:

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____


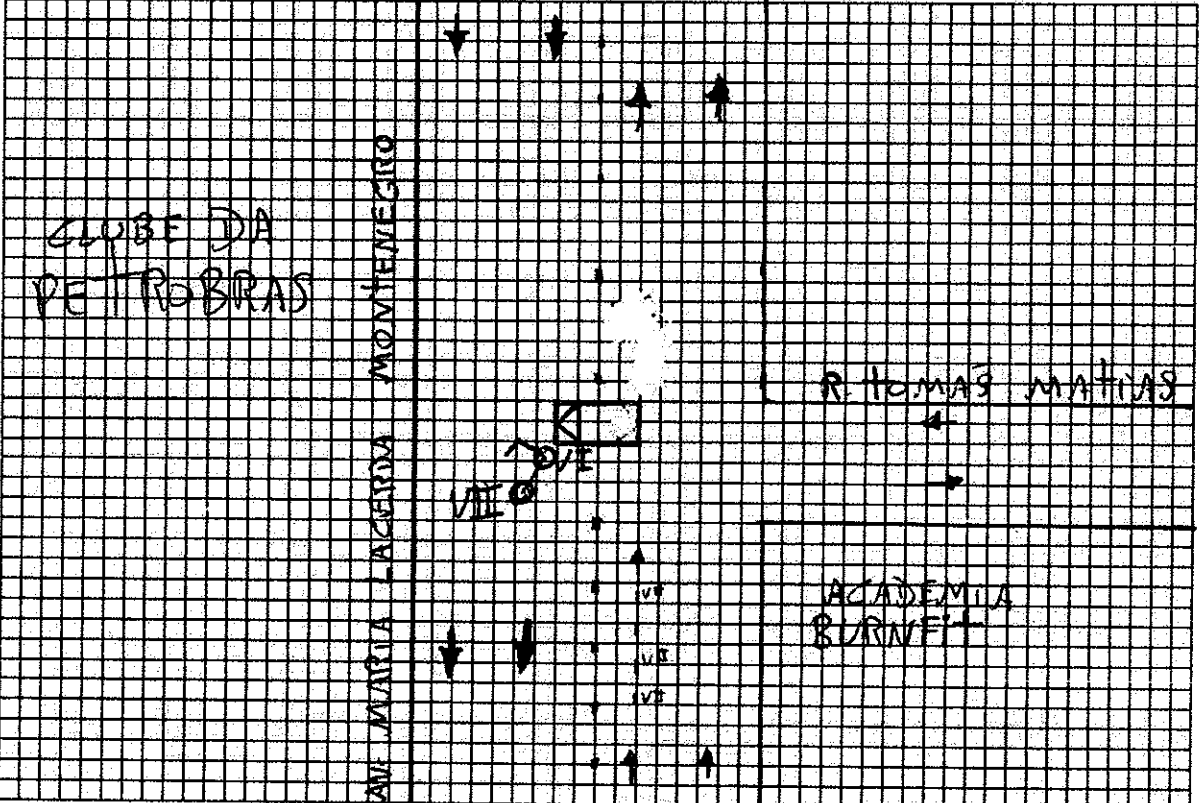







Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4:

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha <u>TACHAS</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u>50</u> KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

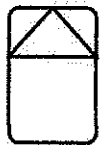
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO AV. AYRTON Senna

	
	
	
	
	
	
	
	
ÁRVORE	
VESTÍGIOS	
SEMÁFORO	
PEDESTRE	
BICICLETA OU MOTO	
CARRO DE PEQUENO PORTE	
CAMINHÃO OU ÔNIBUS	
CARRETA	

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO NOVA PARANAMIRIM

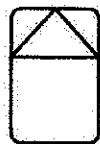
AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARA-LAMA ESQUERDO, PARA-CHOQUE DIANTEIRO, CAPS

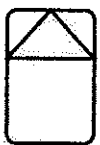


AVARIAS DO VEÍCULO 2

CARENAGEM DIREITA, RETROVISOR DIREITO, PARA-LAMA DIANTEIRO.



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(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:	
	089.169.952-72	CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA		089.169.952-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AUTÔNOMO	RUA PARANG DAS FLORES	22	CASAP7
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
PARQUE DAS PÁVORES	NOVA PARNAMIRIM	RN	59154-230
E-mail:		Tel.(DDD):	
FRANCISASEGURAS@HOTMAIL.COM		84 9 9930-2330	

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 OPÇÃO 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 (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 4882	CONTA: 000.011.003	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, PARNAMIRIM, 08/02/2019

Nome: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

CPF: 089.169.952-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

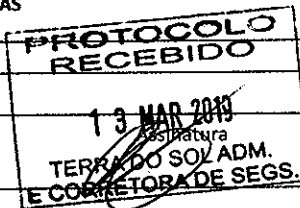
1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

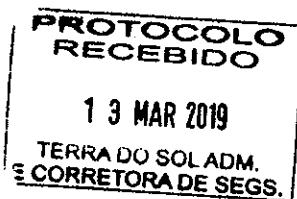
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrado a ocorrência Nº 106938/1 referente ao paciente **CARLOS CESAR SILVA FERREIRA**, 44 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 24/11/2018 em Parnamirim. Conforme ficha anexa.



Natal, 18 de fevereiro de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321

Nº: 106938/1

Data: 24/11/2018

CHAMADO

TARM: RAYSSA DE SOUZA

Médico Regulação: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

Rádio Operador: FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 29 (MACAÍBA)

Equipe VTR: LUIZ HENRIQUE NOBRE LOPES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ISAC MARCIO DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO
MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: ADRIANO

Telefone: (84) 99635-9427

Nome do Paciente:

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Idade: *

43 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8889889 Longitude: -35.2082431

Nº: VP

Endereço: AV MARIA LACERDA

Bairro:

Outro Bairro: NOVA PARNAMIRIM

Referência/Complemento: NA LATERAL DO CEEP EM FRENTE A ACADEMIA BONIFI

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: DR LUIZ KLENER RECEBE O PACIENTE NO HDML

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Local:

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Histórico Regulação Médica:

24/11/2018 13:10:36 - Dr(a). TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO-MOTO COM CAPACETE. CONSCIENTE ORIENTADA. SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA. COM DOR NO PUNHO ESQUERDO. DOR NO OMBRO. E DOR PRÓXIMO SEM SINAIS DE FRATURA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 24/11/2018 13:10:09 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA
Observação: RETIFICANDO NOME DA ACADEMIA "BURNFITNES"Data: 24/11/2018 13:18:56 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Observação: Controle de frota: DESDE LIBERAÇÃO SEM VTR DISPONIVEL AGUARDANDO QRV.Data: 24/11/2018 13:23:06 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Observação: Controle de frota: SEM VTR PRA CUBRIR ESTA OC EM PARNA E MACAIBA. VTR + PROXIMA EM QRV USB29 SGA ACIONADA PRA ESTA OC.Data: 24/11/2018 13:31:28 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Observação: Controle de frota: SAIU DA BASE MACAIBA DE 13:23, UNICA VTR DISPONIVEL.Data: 24/11/2018 14:19:56 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA
Observação: CONTATO EFETUADO COM ENFER ADCLEY O MESMO PEDE PRA LIGAR DAQUI A 40 MINUTOS MAS QUE O PACIENTE PODERIA SER ENCAMINHADO.Data: 24/11/2018 15:16:24 Usuário: (RADIO OPERADOR) FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Observação: Controle de frota: DR LUIZ KLENER RECEBE O PACIENTE NO HDML

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 24/11/2018 13:08:26	Regulação Médica: 24/11/2018 13:10:36	Solicitação VTR: 24/11/2018 13:20:33	Saída VTR: 24/11/2018 13:24:42	Chegada Local: 24/11/2018 13:50:00
Saída Local: 24/11/2018 14:15:00	Chegada Destino: 24/11/2018 14:35:00	Liberação Destino: 24/11/2018 15:16:16	Liberação VTR: 24/11/2018 15:16:18	

Observação do Apoio:

CONDUTA

☐ Remoção

Conduta Médico Regulador:

24/11/2018 14:11:07 - CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO
PROTOCOLO DE TRAUMA

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQU ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não

Declaração de Residência

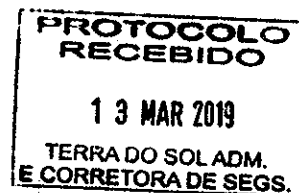
Conforme artigo 1º da Lei 7115/83.

Eu, José Cesar Silva Ferreira portador do
CPF nº 884.269.952-72, declaro para fins de Certificação Digital que
resido no seguinte endereço:
Rua/Av./Trav: Rua Parque das Flores
Nº 22 CEP:
Bairro: Parque das Flores
Cidade: Arumirim
UF: SC

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais
a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarar não porte estritamente a
verdade.

Data: 29/05/17

José Cesar Silva Ferreira
Assinatura





PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESAD
COORDENADORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - CAS

Coordenadoria de
Atenção à Saúde

FICHA A		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					UF <u>RN</u>		
ENDEREÇO <u>Rua Pedro dos Freys 22 - Casa 07</u>			NÚMERO <u>1071</u>		BAIRRO <u>pedra das pedras</u>		CEP <u>59115-412</u>		
MUNICÍPIO <u>RN 1032511</u>		SEGMENTO <u>101</u>		ÁREA <u>1041</u>		MICROÁREA <u>102</u>		FAMÍLIA <u>111</u>	
						DATA <u>27-11-19</u>			

CADASTRO DA FAMÍLIA

[illegible][illegible]

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo
CHA - Chagas
DEF - Deficiência
DIA - Diabetes

EPI - Epilepsia
GES- Gestação
HA - Hipertensão Arterial
TB - Tuberculose

HAN - Hanseníase
MAL - Malária

Cláudia Francisca da Silva
Diretora
MATRÍCULA 8850

MATRÍCULA 8850

Sehr

**Cabo Serviços de Telecomunicações Ltda**

Insc. Estadual: 20.083.236-0
CNPJ: 02.952.192/0001-61
Rua Senador José Ferreira de Souza, 1916
Candelária - CEP: 59064-520 - Natal/RN
SAC: 2010.2010 - 10600
FAX: 2010.9010 | DEF. AUDITIVO: 0800.884.5961

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações

Modelo 21

Série única CFOP 5307

Nº 24827

Data da emissão: 01-02-2019

Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES

Endereço: R SADI MENDES 1022-A

Bairro: SANTOS REIS

Município: Parnamirim

CNPJ/CPF: 413.039.704-49

CEP: 59141-085

Insc. Est:

CABOTELECOM**Discriminação dos Serviços**

LINK Provedor Supercabo (SVA) 5 MEGAS - 15 ANOS
Intercabo (SCM) 5 MEGAS - 15 ANOS
Velocidade Promo navegação 20 Megas
Cabo Fone New 200 F
Chamadas LDN
Chamadas Originadas
Serviço Wi-Fi

Mês de Referência	Quant.	Valor	Impostos Inclusos
01-01 a 31-01	1	39,80	3,68
01-01 a 31-01	1	30,95	10,42
14-12 a 13-01	1	12,84	3,85
14-12 a 13-01	1	10,49	3,53
14-12 a 13-01	1	1,27	0,43
	1	8,90	1,28

NF 104,25 +

Encargos 0,00 +

Débito Ref. NF 0,00 -

Crédito/Pagamento Ref. NF 0,00 =

TOTAL A PAGAR**104,25****VENCIMENTO****06-02-2019**

Valor da Mensalidade

104,25**Informações Importantes**

Para sua maior comodidade, informamos que as suas contas podem ser pagas através do Sistema de Débito Automático em conta corrente. Para tanto, dirija-se a nossa sede e cadastre-se!

Informamos ainda que a 2ª via das faturas podem ser impressas através do nosso site www.cabotelecom.com.br.

O relatório detalhado do(s) serviço(s) prestado(s) se encontra disponível na página web da Cabo Telecom podendo, ainda, ser solicitado, por meio impresso.

PROTOCOLO RECEBIDO**13 MAR 2019****TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**

Os cinco últimos registros de atendimento

13077277
13046680
13044562
13044541
13044471

Base de Cálculo

55,55

Aliquota

30%

Valor do ICMS

16,67

Reservada ao FISCO

7f83.e72d.5525.26e9.9ac1.5093.ff82.a145

Sem repasse para os nossos assinantes, será destinado ao FUST 1% e ao FUNTEL 0,5% do valor total dos serviços de comunicações, líquido de impostos. Regime Especial nº 630/2004 - CAT. Base de cálculo de ICMS dos serviços de TV por assinatura reduzida em 60%, conforme decreto Nº 17.615 de 30/06/2004. Telefone gratuito ANATEL-1331. PROCON/Natal - R. Vigário Bartolomeu, 542, Cidade Alta, Tel. 3232-9050.

Itau 341 34191.09156 55464.379316 43285.770004 2 77920000010425

Cedente: CABO SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA

Prorrogado para: 06-02-2019

Data do documento: 01-02-2019	Número do documento: 24827	Espécie do documento: 17	Aceite: S	Data processamento: 01-02-2019	Carteira: 109	Agência Cedente: 9314/32857-7
Instruções:						Nosso Número: 109/15554643-7
Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						Valor do Documento: 104,25
Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES Endereço: R SADI MENDES 1022-A						Valor cobrado

SANTOS REIS 59141-085

Autenticação

Ficha de compensação



Codigo de Baixa

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 COAF².

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 JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 413.039.704 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.952 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.952 / 72 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>AV. SADI MENDES</u>	Número: <u>6022</u>	Complemento: <u>A</u>
Bairro: <u>SANTOS REGIS</u>	Cidade: <u>PARANAMIRIM</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>FRANCISCASEGUROS@hotmail.com</u>	CEP: <u>59.841.085</u>	Tel.(DDD): <u>84 9 9830.2330</u>

Local e Data: PARANAMIRIM, 15 DE FEVEREIRO DE 2019.

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO RECEBIDO
13 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

SOS 7 e si Acom... Del. 98800 4963 70



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

21

NOME:

IDADE:

COR:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

DATA:

HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente trazido pelo SAMU em relação de colisão motor com de baixo impacto em das mãos e pernas e queixa de

EXAME FÍSICO

do em punho (E) e Joelho (D)
A: Vias aéreas patentes, sem cervicalgia
B: MVA em AHT, DICA
C: RCR em ZT, BNF. FC: 78 A3D: plano, flácido e indolor. Pulso estável e indolor
D: Glasgow 15, sem defeitos, pupilas isocóricas

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	ESCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	160 x 100	20	15	98% sat O2		82
PROTOCOLO RECEBIDO						
13 MAR 2019						
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.						

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura

ORIGINAL
10/03/19

EXAMES COMPLEMENTARES

Albergo a Paciente

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

- Rx do ~~torax~~ punho (E) e joelho (D)
 - Voltar 75 mg IM
 - Avo do Ortopedia
 - Alto do C.G.
 - Tala axila - palmar (E)
 - (OK) *Leader 75 mg IM*

Luiz Cláudio
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço
 CRM/RN 8548

- Ponto no ort é medicação IM. P. ocular
 - ortopedia *Paciente com fratura*
 rádio distal *interna* *PI + T*
em 7 dias

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____
---	---	--

HORA _____ HS	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	HORA _____ HORA _____	
ENTREGUE A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

Dr. Gustavo Pegzu
 Médico
 CRM/RN 7794

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
 Paciente: João Leon Silva Fom Prontuário: _____

Motivo da Consulta: Paciente vítima colisão moto e carro com dor no punho (E) e Joelho (D) AITC do Cirurgião

[Assinatura] Médico _____ CRM _____ Data 24/11/18

Encaminhado à especialidade: Ortopedia

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
 Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia 1/1/18

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
 Paciente: _____ Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

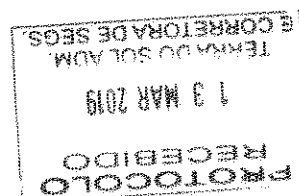
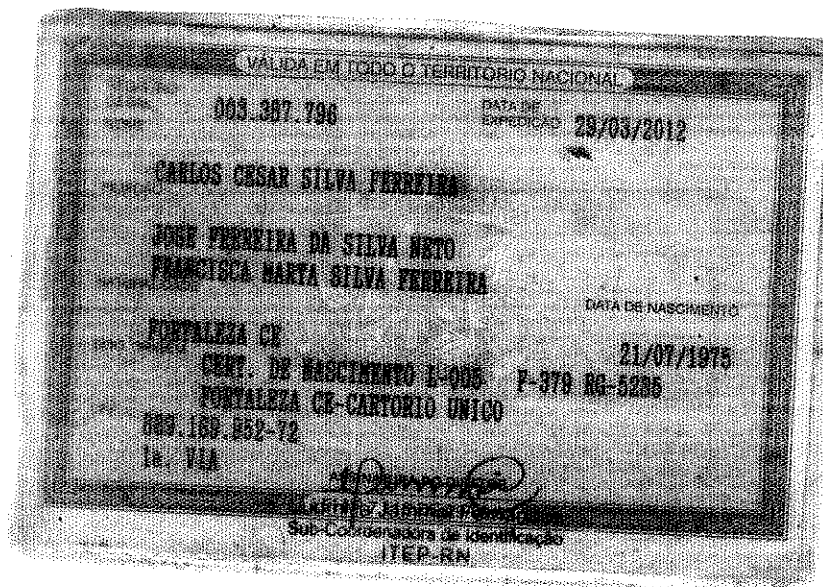
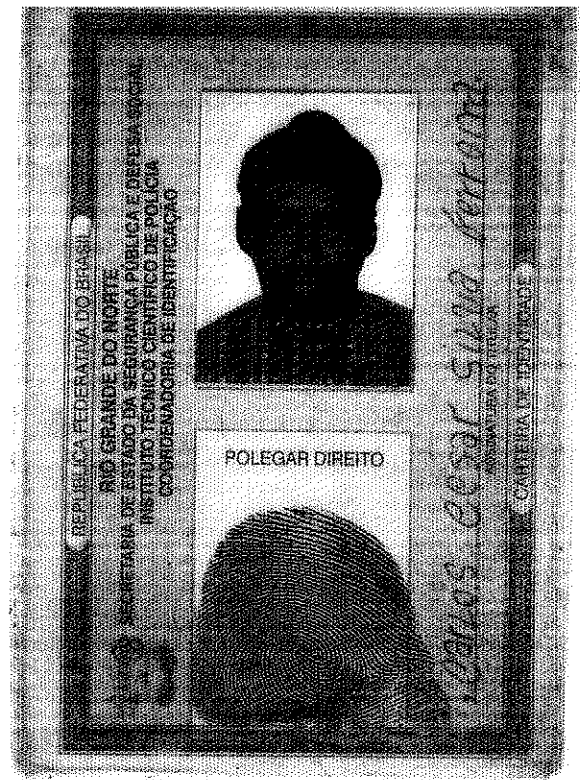
Vítima de colisão moto x carro apresentando dor no punho (E) e joelho (D) com fratura no rádio distal do tipo BARTON VOLAR com indicação de cirurgia.

Diagnóstico: Fratura do rádio distal (E) CID: S52.5

Dr. Gustavo Pezzi Médico _____ CRM _____ Data 24/11/18

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: CONEXÃO ORIGINAL

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia 24/11/18



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 11239

COAB

DATA DE NASCIMENTO: 09/03/1983
CPF: 413.039.704-49
ESTADO EM: RN
VIA: 23/04/2014

Nome: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
Titular: VICENTE FLORENCIO NEVES
Valdeir FERREIRA NEVES
Naturalidade: MACAIBA-RN

RG: 759299 - SSP/RN
CPF: 413.039.704-49
Assinatura: Valdeir Ferreira Neves
NÃO DECLARADO
GERGIO FERREIRA COSTA FREIRE
PRESIDENTE

**PROTOCOLO
 RECEBIDO**

13 MAR 2019

**TERRA DO SOL ADM.
 E CORRETORA DE SEGS.**

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1.100.080

**USO OBRIGATORIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.962/94)**

COAB

ASSINATURA

ASSINATURA: 13032019

BARCODE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA, brasileiro, solteiro, autônomo, com o RG sob o nº 003.387.796, com o CPF sob o nº 889.169.952-72, residente e domiciliado à Rua Parque das Flores nº 22 Casa 7, Parque das Árvores, Nova Parnamirim, Parnamirim/RN

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do Sinistro, acompanhar andamento do processo e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim/RN, 18 de FEVREIRO 2018..

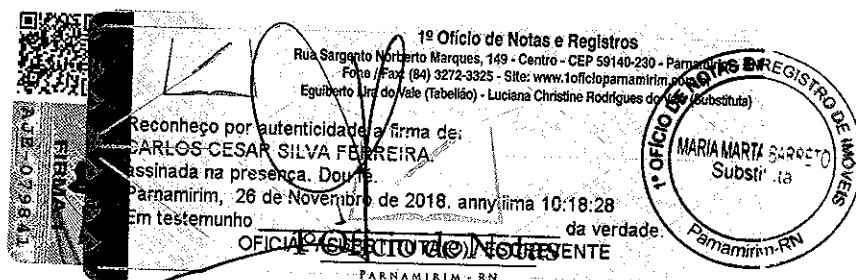
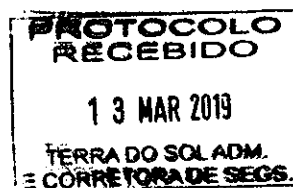
1º Ofício de Notas



CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085417/19

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

CPF: 889.169.952-72

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES : 413.039.704-49

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

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA : 889.169.952-72

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: 13/03/2019
Nome: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CPF: 413.039.704-49

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

DUT não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

DUT não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

