

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

Rio de Janeiro, 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:		
	889.169.952-72	CARLOS CESAR SILVA FERRERIO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Endereço:	889.169.952-72	Número:	Complemento:
Autônomo	MUA PARQUE DAS FLORES	22	CASO 7	
Bairro:	Cidade:	59154-230	CEP:	
PARQUES DAS ÁRVORES	NOVA PARANAMIRIM	12N	Tel.(DDD):	84 9 9930-2330
E-mail:	franciscoseguros@hotmail.com			

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

RENDIMENTO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<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)

AGÊNCIA: 4882 CONTA: 000.011.003 4
 (Informar o dígito se existir) CONTA: 000.011.003 4
 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) CONTA:
 (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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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, 18/02/2019
 Nome: CARLOS CESAR SILVA FERRERIO
 CPF: 689.169.952-72

TESTEMUNHAS

1º Nome: PROTOCOLO RECEBIDO CPF: _____	13 MAR 2019 Assinatura TERRADO SOL ADM. CORRETORA DE SEGS. CPF: _____
2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 +CARLOS CESAR SILVA FERRERIO.
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

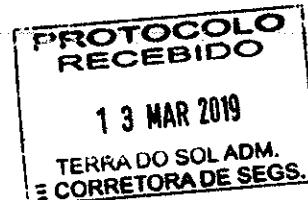
CONTA: 000.011.003-4

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 1DC

[NOVA CONSULTA](#)





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

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento |
| <input type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi Q6U 0761 Cidade PARNAMIRIM UF RN
 Marca/Mod. HYUNDAI/CRETA 20A Cor CINZA Ano 2017 / 2018
 Proprietário DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Nº de Ocupantes 01
 Condutor DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Data de Nasc. 13/03/1982
 Endereço R ROSILDA MELO Nº 129 Fone 99635 9027
 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. All. PRUDENTE DE MORAIS Nº _____ 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 Nº de Ocupantes 01
 Condutor CARLOS CESAR SILVA FERREIRA Data de Nasc. 21/07/1975
 Endereço R PA DAS FLORES CASA 7 Nº 22 Fone 98800 4963
 Bairro CONJ. PA DAS ÁRVORES V. PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
 CPF N° 889.169.952-72 CNH N° M Validade - / - / - Categoria _____
 Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

PROTOCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ TERRA DO SÓL ADM.
 Proprietário _____ N.º de Ocupantes CORRETORA DE SEGU.
 Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / _____ Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
 Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
 Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
 Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / _____ Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ Nº _____ 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 VII. QUANDO ESTAVA FAZENDO A MANOBRA P/ SEGUIR SENTIDO BR 101 FOI SURPREENDIDA POR VI COLIDINDO EM VI.

Assinatura do Condutor do V1: 

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

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / AYRTON SENNA **Em que faixa?** DIREITA

Versão do condutor: ALEGA QUE: TRAFEGAVA NORMALMENTE QUANDO FOI SURPREENDIDO POR VI, SAINDO DE UM ESTACIONAMENTO Fazendo a manobra o seu veículo p/ retornar sentido BR 101. NAO ESPERANDO VII PASSAR JA QUE VINHA NA PREFERENCIAL. VINDO ACONTECER O ACIDENTE.

Assinatura do Condutor do V2: 

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: _____

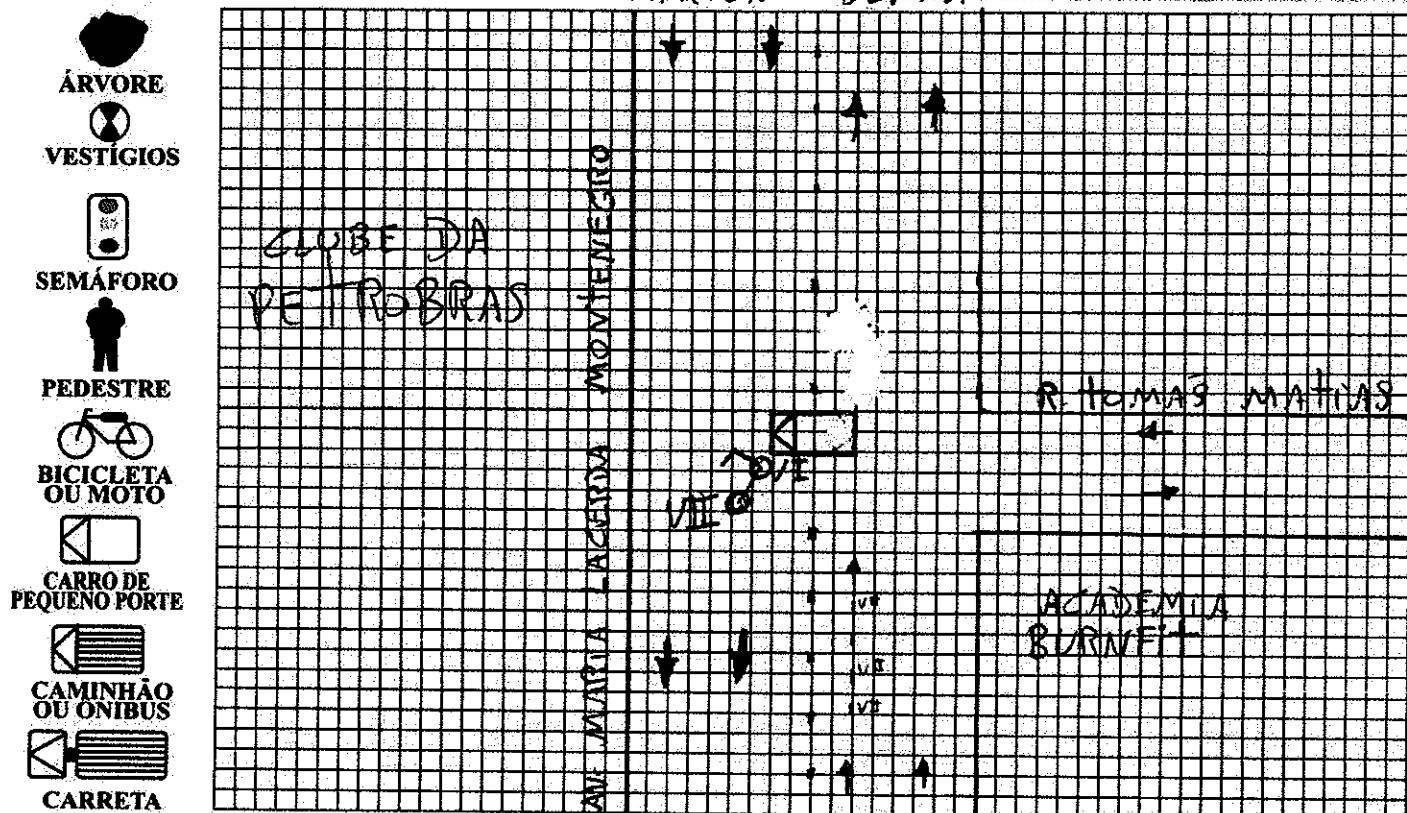
Assinatura do Condutor do V4: _____

101028

8 - CONDIÇÕES DA VÍA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<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"/> Aclice 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"/> Aclice 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"/> Enxameada	<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"/> Retorno		
			<input checked="" type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

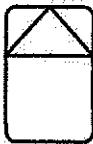
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO AV. AYRTON SENNA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRANSITO NOVA PARANAMIRIM

AVARIAS DO VEÍCULO

PARA-LAMA ESQUERDO. PARA-
CHOQUE DIANTEIRO. CAP6

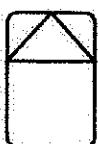


AVARIAS DO VEÍCULO 3

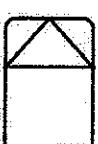


AVARIAS DO VÉHICULO

~~CARENAGEM DIREITA, RETROVISOR
DIREITO, PARA-LAMA DIANTEIRO.~~



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 CESAR SILVA FERRAGI		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Enderéco:	Número:	Complemento:	
Autônomo	NUVA PARQUES DAS FLORAS	22	CASA 7	
Bairro:	Cidade:	CEP:		
PARQUES DAS PRIMORAS	NUVA PARANAMIRIM	59154-030		
E-mail:	Tel.(DDD):			
franciscosseusros@hotmail.com	84 99930-2330			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4882 CONTA: 000.011.003 4
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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, PARANAMIRIM, 18/02/2019
 Nome: CARLOS CESAR SILVA FERRAGI
 CPF: 089.169.952-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 CARLOS CESAR SILVA FERRAGI.
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

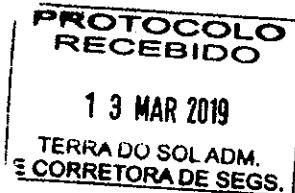


ato declaratório

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 N° 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

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 MEDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

 QUEDA DA LIGAÇÃO CONTATO COM EQUIPE SAMU TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: (84) 99635-9427

Nome do Solicitante: ADRIANO

Nome do Paciente:

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Sexo: *

MASCULINO

Idade: *

43 ANO(S)

 Endereço não informado Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8889889 Longitude: -35.2082431

Nº: VP

Endereço: AV MARIA LACERDA

Outro Bairro: NOVA PARNAMIRIM

Bairro:

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

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLEÓ 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

Apóio:

OBSERVAÇÕES

Data: 24/11/2018 13:10:09 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA

Observação: RETIFICANDO NOME DA ACADEMIA ``BURNEFITNES``

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

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES

P:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

Vaga Negada - Motivo:

H. ligação ao serv prop.:

:

Vaga Zero

PERTENÇAS

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 34.169.452-72, declaro para fins de Certificação Digital que resido no seguinte endereço:

Rua/Av./Trav: Rua Parque das Flores

Nº 100 CEP: 59030-000

Bairro: Parque das Flores

Cidade: Ribeirão Preto

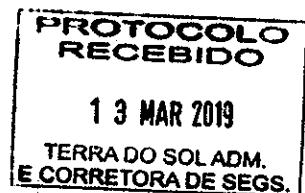
UF: SP

DECLARO ainda ser convededor 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



Coordenação de
Atenção à Saúde

Front: 2851

FICHA A

© SHERMAN REINHOLD INC. 1994. ALL RIGHTS RESERVED.

UFIRINI

ENDERÉCO Avs Pachere fls flos 32 - Casa 07	NÚMERO 10711	BAIRRO Jardim das Oliveiras	CEP 51911514-12310		
MUNICÍPIO Km10324511	SEGMENTO 1011	ÁREA 10411	MICROÁREA 102	FAMÍLIA 111	DATA 27-11-11-18

CADASTRO DA FAMÍLIA

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

A.I.C - Alcoolismo
'C.H.A - Chagas
D.E.F - Deficiência
D.I.A - Diabetes

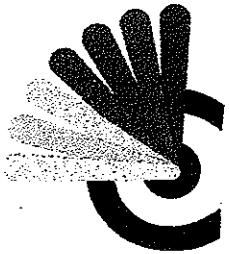
EPI - Epilepsia
GES - Gestação
HA - Hipertensão Arterial
TB - Tuberculose

HAN - Hanseníase *Cláudia Francisca da Silva*
MAL - Malária *Diretora*

DIRETORA

MATRICOLA 0030

o Selby



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	NF
01-01 a 31-01	1	39,80	3,68	104,25
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	
				+
				Encargos
				0,00
				+
				Débito Ref. NF
				0,00
				—
				Crédito/Pagamento Ref. NF
				0,00
				==
				TOTAL A PAGAR
				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.

Valor da Mensalidade

104,25

VENCIMENTO

06-02-2019

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	Aliquota	Valor do ICMS	Reservada ao FISCO
55,55	30%	16,67	7f83.e72d.5525.26e9.9ac1.5093.ff82.a145

Sem repasse para os nossos assinantes, será destinado ao FUST 1% e ao FUNTTEL 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						Valor cobrado
Endereço: R SADI MENDES 1022-A						

SANTOS REIS 59141-085

Autenticação

Réplica de compensação

Código 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/BIBLIOTECAWEB/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 JOSÉ ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 413.039.706 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
CARLOS CESAR SILVA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.952/ 72
 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS CESAR 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>Rua São meninos</u>	Número:	<u>4022</u>	Complemento:	<u>A</u>
Bairro:	<u>SANTOS RGIS</u>	Cidade:	<u>PARNAMIRIM</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:	<u>ERICKSCSEGUROS@HOTMAIL.COM</u>	CEP:	<u>59341.085</u>	Tel.(DDD):	<u>84 9 9830.2330</u>

Local e Data: PARNAMIRIM, 18 DE FEVEREIRO DE 2019.


 Assinatura do Declarante

PROTOCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

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



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

PC

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 21

NOME: Cezar Cesario Silveira

IDADE: 43 anos COR: SEXO: Masculino ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE: Profissão: PROCEDÊNCIA: Nova Olinda

ENDERECO: Rua José da Costa Correia, 123 Centro

CIDADE: Olinda DATA: 04/11/2018 HORA: 14:00

RN

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 ferido pelo SAMU em Belo Horizonte
de bicicleta motocicleta com o de baixo impacto
nas das mãos e ventre em função de

EXAME FÍSICO: dor no punho () e joelho ()
A: Vias aéreas patológicas, dor cervical
B: MJO em AHT, DIA
C: ECR em ZT, BNF. FC: 28 ABD: pioro,
flacidez e náuseas. Pélvis estável e umbigo
D: sangue na, dor de fôtoes, pupilas miosóticas

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	160x100	20	15	987.000		82
				PROTÓCOLO RECEBIDO		
				13 MAR 2019		
				TERRA DO SOL ADM. CORRETORA DE SEGS.		
				CONFERIDA COM ORIGINAL		

DIAGNÓSTICO INICIAL

J. ronc.

EXAMES COMPLEMENTARES

Abergia = Psacelina

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

- CONDUTA**

- Rx do ~~paciente~~ Ponto (E) - joelho (F)

Voltar em 75 mg I.M.

Avisar de Ortopedista

do C.G.

- Fratura axilo-epicondiana - 75 mg I.M.

(OK para) ~~Fratura~~ ~~75 mg I.M.~~

Fábio dos Prazeres (E)

Luiz Cláudio Gurgel de Oliveira
Ortopedista
C.R.P. 10088

Painel no vest e medicoes I.M. / orelhas

ortopedia Paciente com natureza

destino dental (E) CO: interno - 01/770

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

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	HORA _____	
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
<i>Dr. Gustavo Pezzi Médico CRM-RN 7794</i>		
MÉDICO (Carimbo)	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	

PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: Carlos Leon Silveira Faria Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

*Paciente Vítima de colisão automóvel com obra em pátio
 com ferida aberta na mão direita e queimadura de 3º grau na mão esquerda.
 Foi encaminhado para cirurgia de urgência.*

*Luiz Clássio Ferreira Peixoto
 Cirurgião de Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 8549*

Médico

CRM

Data

24/11/18

Encaminhado à especialidade: _____

Dr. Hugo Júnior

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

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

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: _____ Prontuário: _____

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

*Vítima de colisão Moto x carro
 apresentando dyamoidode em punho
 E i RX com fratura em rádio
 distal do tipo BARTON voar com
 indicação de cirurgia.
 Fratura do rádio distal E
 Diagnóstico: Fratura do rádio distal CID: S52.5*

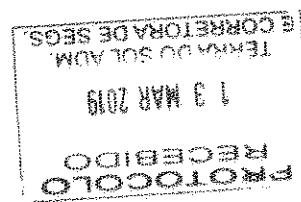
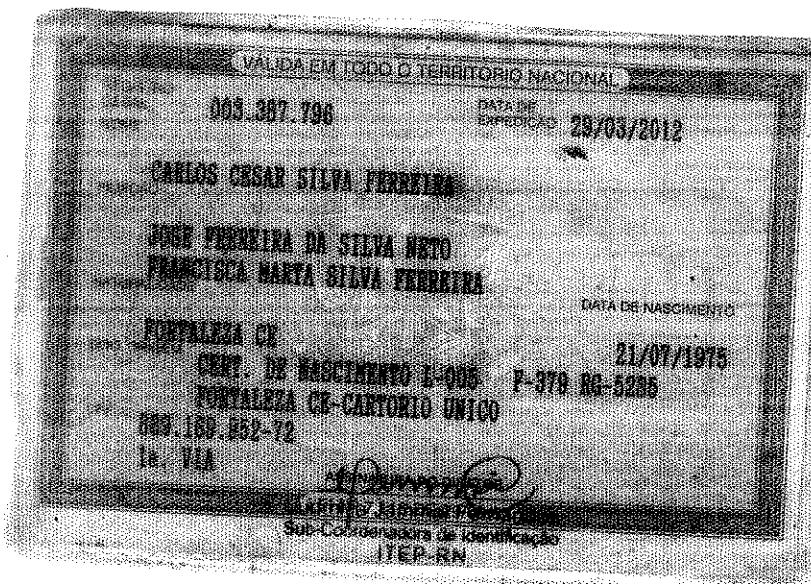
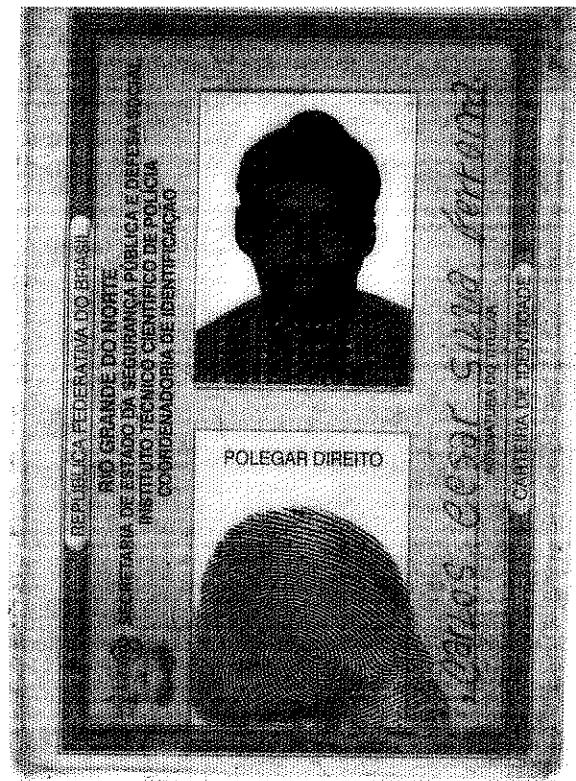
*Dr. Gustavo Pezzi
 Médico
 CRM/RN 7794*

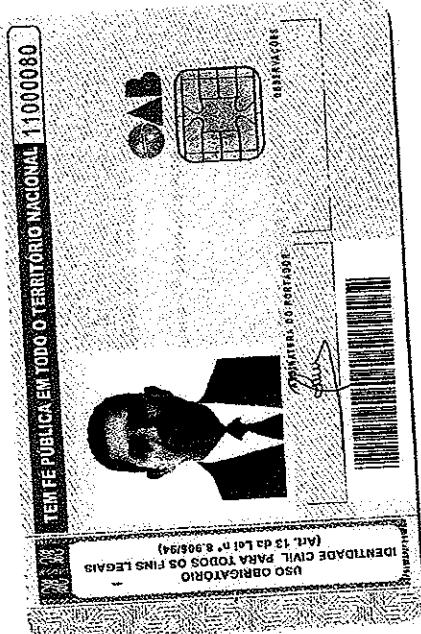
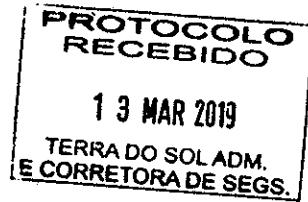
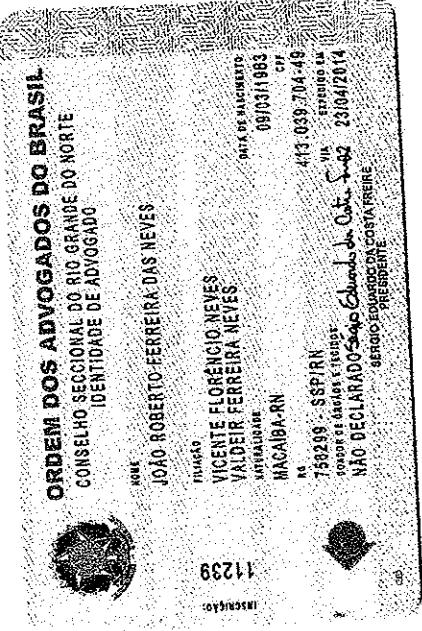
CRM

24/11/18
 Data

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: CONCEPÇÃO DO COXIM

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





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.

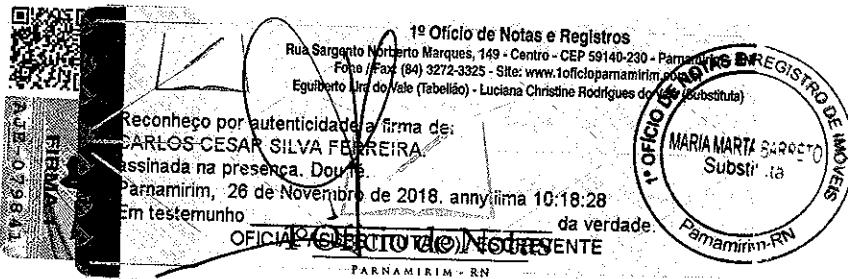
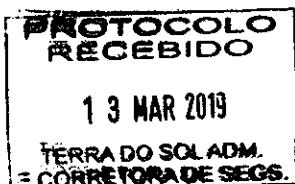
OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim/RN, 26 de novembro 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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

