

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **IVANILDO BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180283436**

Vitima: **IVANILDO BARBOSA**

Data do Acidente: **19/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180283436**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12999195



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **IVANILDO BARBOSA**
Nº Sinistro: **3180283436**
Vitima: **IVANILDO BARBOSA**
Data do Acidente: **19/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180283436**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: IVANILDO BARBOSA
Nº Sinistro: 3180283436
Vitima: IVANILDO BARBOSA
Data do Acidente: 19/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180283436**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180283436

Vítima: IVANILDO BARBOSA

Data do Acidente: 19/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IVANILDO BARBOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

674.531.044-91

Nome completo da vítima

IVANILDO BARBOSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

IVANILDO BARBOSA

CPF titular da conta

674.531.044-91

Profissão

AUTÔNOMO

Endereço

RUA MANORATO ARAUJO FILHO

Número

31

Complemento

Bairro

NORDESTE II

Cidade

GUARABIRA

Estado

PB

CEP

58200-000

Email

Telefone (DDD)

(83) 98224-0893

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.

Autorização de pagamento



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SLIM RENDA

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

0042

D/V

CONTA

Nº

000 000 060 663

D/V

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

Guarabira 01 de junho de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

HORA DE: 08:31:3

BB/MAI 2018

LOT 13 017688

FERM-0005

LOCALIDADE: GUARABIRA

CONTROL: 1281002

AG. VINCULADA: 0042

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUCA CAIXA FACI

NAME: IVANILDO BARBOSA

AGENCIA: 76042

FRACÇÃO: 013

CHINA-OV: 000.000.060.663-5

DATA ABERTURA: 08/05/2011

100 TERIAS-CAIXA

128-737430952-0

19 VIA

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

318 0283436

CPF da Vítima

674.531.044-91

Nome completo da vítima

IVANILDO BARBOSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo IVANILDO BARBOSA		CPF titular da conta 674 531 044-91	Profissão MONTADOR DE MOVELS
Endereço RUA HONORATO ARAUJO KILHO		Número 31	Complemento
Bairro NORDESTE II	Cidade GUARABIRA	Estado PB	CEP 58200-000
Email			Telefone (DDD) (83) 9872-40893

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

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0042 D/V CONTA NRO. 00060663 D/V 5
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(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.

GUARABIRA, 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data

[Assinatura do Beneficiário]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
LOTerias CAIXA
VALIDO
VALIDO
VALIDO

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

REC: sorteios de segunda-feira a sábado, 09h

128-737430052-0

09/07/2018

HORA DE 09:31:30

TERM 000000

LOT: 13.17688-5
LOCALIDADE: GUARABIRA
AC. VINCULADA: 0042

CONTROLE: 759738882

DEPOSITO EM DINHEIRO

0042 013 00060563-5

IVANILDO BARBOSA

VALOR : 20,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

LOTerias CAIXA

128-737430052-0

1ª VIA

LOTerias CAIXA
VALIDO
VALIDO
VALIDO

LOTerias CAIXA
VALIDO
VALIDO
VALIDO

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 8101
OUVIDORIA 0800 725 7474

199-419278693-0

18/JUL/2018

HORA DE 15:22:29

LOT: 13.17688-5
LOCALIDADE: GUARABIRA
AC. VINCULADA: 0042

TERM: 058577

CONTROLE: 759738882

DEPOSITO EM DINHEIRO

0042 013 00060563-5

IVANILDO BARBOSA

VALOR : 20,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

199-419278693-0

1ª VIA

LOTerias CAIXA
VALIDO
VALIDO
VALIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 156/2018
Livro nº 003/2017
Fls. 89

Boletim de ocorrência



Aos DEZENOVE dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

IVANILDO BARBOSA, brasileiro, natural de Taperoá/PB, com 49 anos de idade, nascido aos 17/05/1968, união estável, montador de móveis, RG nº 1444372 SSP/PB, CPF nº 674.531.044-91, filho de Maria Margarida da Conceição, residente na rua Honorato Araújo Filho, nº 31, Nordeste II, Guarabira/PB. Fone: (083) 98724-0893

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil, para registrar o seguinte:

QUE, no dia 19/03/2018, por volta das 14h30min, trafegava pela rua Manoel Celeiro, bairro do Cordeiro desta cidade de Guarabira/PB, em sua moto Yamaha/Factor YBR 125K, placa OFB 1868/PB, chassi 9C6KE1520B0047280, renavam 67453104491, ano/modelo 2011, em nome do noticiante, quando ao sinalizar para entrar à esquerda, foi abalroado por outra moto; QUE caiu, fraturando o calcanhar e dedos do pé esquerdo; QUE foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional desta cidade e em seguida transferido para o Hospital de Mangabeira na Capital do Estado; QUE o condutor da outra moto não chegou a parar, razão pela qual não conseguiu identifica-lo, tampouco a moto; QUE possui CNH nº 04236270900, categoria AB.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Guarabira/PB, 19 de abril de 2018.

IVANILDO BARBOSA

Noticiante

Escrevã(o)/Agente
Mantida nº 155.120-5



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TITULAR

Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3271-8502

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Guarabira-PB 07/06/2018 11:34:57

Wardiria Toscano de Sales - Titular

[2018-005587] EMPL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FPPJ:R\$ 0,12

SELO DIGITAL: 46773032-WPH7

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOVILDO BARBOSA

CPF da Vítima

674.531.044-91

Data do Acidente

19.03.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Quarabura 07 de 06 de 2018

Local e Data



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JUANILDO BARBOSA

CPF da Vítima

674.531.044-91

Data do Acidente

19-03-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

GUARATUBIRA, 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Juanildo Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Dados de ocorrência			
Data: 19-03-2018	Ocorrência Nº: 05	VTR: 35	Ponto Base:
Hora do envio: 11:37	Hora da saída: 11:35	Hora no local: 11:37	Hora no hospital: 11:35
VTR de apoio: 02-35			
Endereço: MANOEL CELSO SILVA		Comprovação de ato declaratório	
Complemento:		Bairro: Cordeiros	
Ponto de referência:		Cidade: Campina	
Dados do paciente			
Nome: IVANILDA BARBOSA		Idade: 49	Sexo: F
Raça:	☐ Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo		
Endereço: ANILTON BARROS FILHO		Telefone:	
Bairro: NORDESTE		Cidade: Campina	
Tipo de ocorrência			
X Colisão: Moto		X Queda: Queda	
☐ Perímetro por arma de fogo		☐ Queda de moto	☐ Afogamento
☐ Perímetro por arma branca	☐ Atropelamento	☐ Urgência Cardíaca	☐ Crise Convulsiva
☐ Agressão física	☐ Queda de bicicleta	☐ Urgência Respiratória	☐ Suicida
☐ Capotamento	☐ Choque elétrico	☐ Urgência Obstétrica	☐ Socorrido por 3º
☐ Desmoronamento/Desabamento/Soterramento	☐ Urgência Psiquiátrica	☐ Combate a Incêndio	☐ Recusa
☐ Intoxicação: Agente:	☐ Alagamento	☐ QTA () COCB () Outros	
☐ Queimadura: Agente:	Grau(s):	Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão):	
☐ Transporte: Origem:	Destino:	☐ Outros:	
Causas da ocorrência		Escala de vítima	
Atração do air bag: ☐ sim ☐ não		☐ Em automóvel	☒ Condutor
Usava capacete: ☒ sim ☐ não		☐ Em motocicleta	☐ Passageiro dianteiro
Usava cinto: ☐ sim ☐ não		☐ Em bicicleta	☐ Passageiro traseiro
Em faixa de pedestre: ☐ sim ☐ não		☐ Pedestre	☐ Grupo/caronê
Outros:		Outros:	
Localização das lesões		Escala da vítima	
		A - Vias aéreas	
01. Abrasão		☐ Permeáveis ☐ Não Permeáveis	
02. Amputação		☐ Eupnéia	
03. Avulsão		☐ Vômito	
04. Contusão		☐ Apnéia	
05. Empalamento		☐ Sangue	
06. Enclavamento		☐ Secreção	
07. Enmagamento		☐ Queda da língua	
08. FAS		☐ Corpo estranho	
09. FAF		☐ Outros	
10. Fratura aberta		B - Ventilação	
11. Fratura fechada		☐ Normal	
12. Laceração		☐ Cianótica	
13. Luxação		☐ Ictérica	
14. Perfuração		☐ Pálida	
15. Queimadura		☐ Normal	
16. Outros: Corte		☐ Sudorosa	
		☐ Aumentada	
		☐ Diminuída	
		☐ Ausente	
		C - Circulação	
		Pulso	
		☐ Pulso radial	
		☐ Normal	
		☐ Pulso braquial	
		☐ Fria	
		☐ Pulso carotídeo	
		☐ Quente	
		☐ Normal	
		☐ Sudorosa	
		☐ Aumentada	
		☐ Diminuída	
		☐ Ausente	
		D - Neurologia	
		☐ Isocoria	
		☐ Anisocoria	
		☐ Otorrágia	
		☐ Midríase	
		☐ Foto reagente	
		☐ Rítorragia	
		☐ Miase	
		☐ Não foto reagente	
		☐ Convulsões	
Abertura ocular			
Melhor resposta verbal			
Melhor resposta motora			
Total			
Escala de vítima			
Inicial	A	X	mmHg FC bpm FR lpm SPO2 % T °C
Final	A	X	mmHg FC bpm FR lpm SPO2 % T °C

CORPO DE BOMBEIROS MILITARES DA PARAÍBA
3ª BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITARES

ESTÁ COM O SEU DESEMPENHO EM BOMBA.

19/03/2018
Assinatura: [Assinatura]

Alergia: ☐ sim ☐ não	Uso medicamentos: ☐ sim ☐ não
Qual?	Qual?
Doença conhecida: ☐ sim ☐ não	Ingeriu alimentos: ☐ sim ☐ não
Qual?	Qual?

15 VTR-PR-35 Deslocou-se até a Barra da Carreira e ao lado
 Havia um carro com duas vítimas e um grupo de pessoas ao lado
 na local havia uma vítima o motorista que teve
 um corte na perna esquerda, e danos na costela, e
 foi conduzido para o Hospital Regional com Guarnição

☐ Desencarceramento	☐ Ventilação de resgate	☐ Rolamento 90°	☐ Oxigenoterapia
☐ Retirada com KED	☐ Desobstrução de VAS	☐ Rolamento 180°	☐ Reposição volêmica
☐ Curativo compressivo	☐ Aspiração de VAS	☐ Exposição da vítima	☐ RCP
☐ Curativo occlusivo	☐ Estabilização da cervical	☐ Imobilização da MMSS	☐ Desfibrilação
☐ Curativo de 3 pontos	☐ Retirada rápida	☐ Imobilização da MMII	☐ Auxílio ao parto
☐ Elevação cavaleiro	☐ Retirada da capacete	☐ Controle da hipotermia	☐ Prevenção/orientação
☐ Outros			

Assinatura do portador

Eu, _____, portador(a) do RG ou CPF N.º _____

UP _____, declaro para todos os fins que recusei ser atendido pelo Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, através da vítima;
 assumindo desta forma, total responsabilidade quanto ao agravamento do meu quadro clínico.

Guarabira - PB, _____ de _____ de 20 _____

VÍTIMA OU RESPONSÁVEL	TESTEMUNHA 1	TESTEMUNHA 2
_____	_____	_____

Receptor (ass. e carimbo): _____

QTD	MATERIAL	QTD	EQUIPAMENTO
06	Luva de procedimentos		Colar cervical
	Luva estéril N.º		Máscara de O ₂ c/ reserv. () adulto () infantil
07	Máscara de proteção		Cânula orofaríngea N.º
	Sonda de aspiração traqueal N.º		Ambo: () adulto () infantil () neo
	Extensor de O ₂		DEA
	Cateter nasal		Oxímetro de pulso
06	Gaze		Tala moldável tamanho () G () M () P () PP
	Compressa		Frecha
07	Atadura _____ cm		Estabilizador lateral da cabeça
	SF 0,9%		Tirante aranha
	SEL		KED: () adulto () infantil () NEO
	Planta aluminizada		KIT Desastre
	Protetor para queimados		Colchão a vácuo
	Lançol descartável		Desencarcerador
	KIT parto		Tractionador da fêmur
	LGE		Outros:
	Água		

DATA	NOTA	LIBERAÇÃO
_____	_____	_____ h _____ min
_____	_____	_____ h _____ min
_____	_____	_____ h _____ min

Guarnição	Posto	Matrícula	Nome de guerra
Chefe	_____	_____	_____
Socorrista 1	SLT	519-761-0	Carvalho
Socorrista 2	SD	517-415-1	SALVA
Condutor	CR	511-311-9	Talvado

Assinatura: _____

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba
1º Batalhão de Bombeiros Militar
 Esta cópia é para reprodução em circuitos

 Assinatura - Matrícula



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IVANILDO BARBOSARG nº 1444372, data de expedição 25/11/1988Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 674.531.044.91, comdomicílio na cidade de GUARABIRA, no Estado dePARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA HANORATO ARAUJO FILHO, nº 31,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima IVANILDO BARBOSA, cujo o condutor eraIVANILDO BARBOSA.Veículo: MOTOCICLETAModelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 kAno: 2011Placa: OFB 1868Chassi: 9CEKE1520B0042280Data do Acidente: 19.03.18Local e Data: GUARABIRA 07/06/2018

Assinatura do Declarante

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

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.

Fone: (83) 3271 1156



Laudo Médico

O paciente, IVANILDO BARBOSA, Montador de Móveis, portador do RG: 1.444.372 SSP-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda. CGC: 09.239.906/0001-38, com nomenclatura de CID 10 T93, compareceu no dia 07/06/2018, é portador de Sequela de Fratura do 2º Metatarso esquerdo + Fratura do Calcâneo, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Complexo Hospitalar Mangabeira, conforme laudo médico.

Guarabira, 07 de Junho de 2018.

Dr. Aluísio Paredes
CRM: 1600

Dr. Aluísio Paredes Moreira.

CRM: 1600.



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3271-8502

Autentico a presente cópia/reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 07/06/2018 11:34:57
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2018-005586] EMOL:R\$ 2,37 FAREN:R\$ 0,28 F.PJ:R\$ 0,97 F.PJ:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AGY73031-07X0
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: IVANILDO BARBOSA

IDADE 42 A

SEXO M

COR

CLÍNICA

Ortopedia

PRONTUÁRIO Nº

ENF.15

LEITO153

DATA DE ADMISSÃO 20/03/2018

DATA DE ALTA 25/03/2018

TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do 2º Metatarso + Fratura de calcâneo

CID

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

S92.3+S92.0

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx do Metatarso demonstrando solução de continuidade óssea de 2º METATARSO

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

ÓBITO

()

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 2º metatarso foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação com FIO K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA E AINES

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (dr. THALES MACHADO)

25/03/2018

DATA

Dr. Valdeon Epivaldo Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PE - 7652

25 MAR. 2018

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



março 2018

FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____	CLÍNICA: _____	Documentação médico - hospitalar
DO HOSPITAL: <u>Guarabira</u>		
PARA O HOSPITAL: <u>Ortoman</u>		
MÉDICO ASSISTENTE: <u>Raul Figueira</u>	DATA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>	

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:			
NOME: <u>Tramilo Barbosa</u>	SEXO: <u>M</u>		
PROFISSÃO: _____	DOCUMENTO: _____ Nº: _____	IDADE: <u>44</u>	
ENDEREÇO: _____	BAIRRO: _____		
MUNICÍPIO: _____	ESTADO: _____		

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:	
<u>Paciente com dor de dentes de modo</u>	
<u>Agudo desde há cerca de 10 dias</u>	
<u>A) Dor D15</u>	<u>ABD LNR</u>
<u>B) Dor E.F.C. e dor no do p. @ co</u>	
<u>sem febre</u>	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:
<u>Cefazolin 1g</u>
<u>Amoxiclav 1g</u>
<u>Painkiller 1g</u>

DIAGNÓSTICO: <u>Poltrom</u>	
PROVÁVEL: _____	CID: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME: IVANILDO BARBOSA	
	COE (CÓDIGO / ORGÃO EMISSOR): 1444372 - SSP - PB
	CPF: 674.531.044-91 DATA NASCIMENTO: 17/05/1968
	FUNÇÃO: MARTA MARGARIDA DA CONCEIÇÃO
	SEXO: ☒ M ALTURA: ☒ M OUTRA: ☐
Nº de Registro: 04236270900	Vigência: 03/07/2022 1ª emissão: 22/11/2007
Assinatura: <i>Ivanildo Barbosa</i> Assinatura do Portador: _____	
LOCAL: GUARABIRA - PB	Data Validade: 13/07/2017
Assinatura do Emissor: <i>[Assinatura]</i> Assinatura do Portador: _____	
PARAIBA	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1494308512

PROIBIDO PLASTIFICAR

1494308512

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220455/18
Vítima: IVANILDO BARBOSA
CPF: 674.531.044-91

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/03/2018
Titular do CPF: IVANILDO BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



IVANILDO BARBOSA : 674.531.044-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do Interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/06/2018
Nome: IVANILDO BARBOSA
CPF/CNPJ: 674.531.044-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/06/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

IVANILDO BARBOSA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retomem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes

Superintendente de Sinistros

arthur.froes@seguradoralider.com.br

tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar

Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA IVANILDO BOMBADEIRA

DATA DO ACIDENTE 19.03.2018 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 674.531.044-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) IVANILDO BOMBADEIRA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 674.531.044-91

E-mail AC.Guarania@lider.com.br Tel. 85 982240193

Data 19/03/2018 Assinatura AC.Guarania

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Maria do Livramento da S. Pontes

Atendente Agente Responsável pelo Atendimento

Data: 19/03/2018 Assinatura: AC.Guarania - Mat. 8.476.663-8

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220455/18
Vítima: IVANILDO BARBOSA
CPF: 674.531.044-91

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/03/2018
Titular do CPF: IVANILDO BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Outros

Outros



IVANILDO BARBOSA : 674.531.044-91
Autorização de pagamento

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: 06/08/2018
Nome: IVANILDO BARBOSA
CPF: 674.531.044-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

IVANILDO BARBOSA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

COBERTURA SOLICITADA ☐ **() MORTE** ☒ **(X) INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **() DAMS**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA 1VA MIL DO BARBOSA

DATA DO ACIDENTE 12/03/2018 POSSUI CPF ☒ **(X) SIM** ☐ **() NÃO** Nº CPF 634534044-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

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

PORTADORA DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) 1VA MIL DO BARBOSA

Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail 01/08/2018 Assinatura João Riquelme Tel. 987240893

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) BC GUARABIRA João Riquelme - Ponto Contingência
Atendente Marcelo Correia - Mar. 8.877.787-7
Data: 01/08/2018 Assinatura: AC Guarabira

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocola em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar,
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential, its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RE5: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904