

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EVANDRO HORACIO SABINO**

Nº Sinistro: **3180509723**

Vítima: **EVANDRO HORACIO SABINO**

Data do Acidente: **30/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180509723**.

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 13571672



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: EVANDRO HORACIO SABINO

Nº Sinistro: 3180509723

Vítima: EVANDRO HORACIO SABINO

Data do Acidente: 30/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180509723**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

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

Carta nº 13573641



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180509723

Vítima: EVANDRO HORACIO SABINO

Data do Acidente: 30/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EVANDRO HORACIO SABINO

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

Como o prazo de 180 (cento de 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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 200/2018

CP



Aos 18 dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:46min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

EVANDRO HORÁCIO SABINO, conhecido(a) por **EVANDRO**, Identidade nº 1.542.328-SSP/PB, CPF nº 054.884.374-87, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: Conselheiro Tutelar, filho(a) de Severina Maria Sabino e Manoel Horácio Sabino, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 28/05/1971, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua: Rua Nova, Nº 670 tendo como ponto de referência: centro, na cidade de ALAGOA GRANDE /PB, fone(s) para contato: 83. 99390.2789

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 Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** Comunicação de Fato/Acidente de Trânsito;
- 2) **Data do fato:** 30 de março de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 08h:10min;
- 4) **Local do fato:** Alagoa Grande/PB.

5) Descrição do(s) documento(s) perdido(s)/extraviado(s):

PROPRIETÁRIO: EGIDIO TAVARES DE OLIVEIRA

MARCA: JTA/SUZUKI INTRUNDER 125

ANO/MOD.: 2005/2005

COR: PRETA | CHASSI: 9CDNF41AJ5M014607 | PLACA: KVE-1396

6) Breve resumo do fato:

AFIRMA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA RUA OLIVEIRA UCHÔA – CENTRO DE ALAGOA GRANDE-PB, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTO, MOMENTO EM QUE, FEZ UMA FRENAGEM BRUSCA. PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU. FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MINISTRO OSWALDO TRIGUEIRO NA CIDADE DE ALAGOA GRANDE COM FRATURA NO PÉ DIREITO.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

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

PROJETO CONJUNTO - DOCUMENTO NÃO CONFORME
☒ BO em cópia simples
☐ Comprovante de despesas médicas em cópias
☐ Certidão de óbito em cópia simples
☐ Laudo de IML em cópia simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação
Seguradora Líder - DPVAT

Evandro Horácio Sabino

EVANDRO HORÁCIO SABINO

Comunicante

K
POLICIAL CIVIL

Matrícula nº 182.235-7

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE

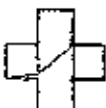
FICHA DE ACOULHAMENTO

NOME:	Benevenuto Manoel Seloquio	IDADE:
QUEIXO:	Travessia (ATD)	
ALERGIAS:	POC	
ACIDENTE DE TRABALHO () SIM () NÃO		
DATA DO ACOULHAMENTO:	30/03/18	PESO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () BOM () REGULAR () BAIXO	ASPECTO: () CALMO () FÁCEIS DE DEIXAR () AGITADO	
PRESSÃO ARTERIAL:	180 x 130	TEMPERATURA AXILAR:
POSSUI DENTISTAS () NÃO () SIM		FC:
MUCOSAS: () NORMAL () PRETA () PRETA		

ESTRATIFICAÇÃO

- () VERMELHO - ACOULHAMENTO IMEDIATO
- () AMARELO - ACOULHAMENTO ATÉ 2 HORAS
- () VERDE - ACOULHAMENTO ATÉ 4 HORAS
- () AZUL - ACOULHAMENTO AMBULATORIAL

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



SUS Sistema
Unico
de Saude

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE - SECRETARIA DE SAÚDE
Requisição de Exames

NÚMERO DO CADASTRO	1 - CUP 2 - CNPJ	NÚMERO DO CADASTRO													
	2	0	8	7	5	3	2	0	4	0	0	0	1	0	5

NOME DA UNIDADE: _____
 ENDEREÇO: _____
URGENTE

JUNTERO:

PACIENTE: ALAGOA GRANDE **UNI:** 25

DIRETOR CLIN. CADE:

FILIA ANU:

PROJECT: UNIFORMS	DATE: 10/10/10 BY: [Signature]
REVIEWED: [Signature]	APPROVED: [Signature]

[illegible]

DADOS CENSAIS:

SSN	
ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE	

MATERIAL A EXAMINAR	
(cartões PE 9	

1. The first part of the document is a list of names and dates, which appears to be a roster or a list of participants. The names are written in a cursive script, and the dates are written in a more formal, printed style. The list is organized into two columns, with names on the left and dates on the right. The names are: J. A. Smith, J. B. Jones, J. C. Brown, J. D. White, J. E. Black, J. F. Green, J. G. Gray, J. H. Hall, J. I. Hill, J. J. Hill, J. K. Hill, J. L. Hill, J. M. Hill, J. N. Hill, J. O. Hill, J. P. Hill, J. Q. Hill, J. R. Hill, J. S. Hill, J. T. Hill, J. U. Hill, J. V. Hill, J. W. Hill, J. X. Hill, J. Y. Hill, J. Z. Hill. The dates are: 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2

EXAMENES SOLICITADOS

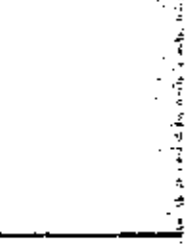
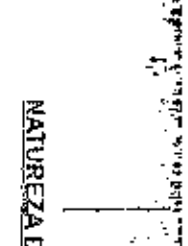
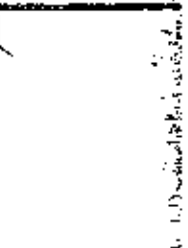
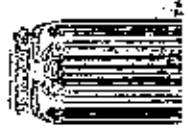
Rx

fe

de 19

by ~~William~~ James Lee Smith
C.F. 070.880.864-68
C.F. 1749

DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO
------	--------------------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL (EMERGÊNCIA)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS

ENDEREÇO DA UNIDADE: 2592509 - CNPJ: 08.753.204/0006-10
HOSPITAL MUNICIPAL OSWALDO TRIGUEIRO/ POLICLINICA - AV. 15 DE NOVEMBRO, 153

NOME DO PACIENTE: Edenilson Almeida SEXO: M

ENDEREÇO: Av. Nova 670 DT. NAS: 22/05/74

MUNICÍPIO: Alagoa Grande RG: 221111

ADOC: De CEP: 57320-00 DATA DO ATEND: 30/05/13

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS

Exame físico

A pele

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

S:

ALTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

PROTESTO: Trabalha no Poder de

CID: 592

NATUREZA DA CONSULTA

☒ CONSULTA BÁSICA(PAB)

☐ CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

Rx Pêo. + Med. 14 dias

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

☒ PRESCRITA

☐ OBSERVAÇÃO

☒ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☒ APLICADA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

020405015225320222

ASS. MÉDICO: Dr. João Carlos
CRM: 1749
CPF: 070.860.864/68

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR

Graciele Karine Sales

ASS. MÉDICO AUDITOR/CARIMBO

ASS. REVISOR/CARIMBO



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

DATA: 12/12/12
NOME: Paulo Roberto
END.:

M. Paulo Roberto 100 - 014

12/12/12

30
Sônia Soares dos Santos
CRM: 1749
070.860.864-68



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MINISTRO OSVALDO TRIGUEIRO

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a) _____

EVANDRO HENRIQUE SABINO

15/03/18
compareceu a este serviço de saúde, nesta data para consulta médica.

CUG J 15

Alagoa Grande, 30/03/18

Dr. Jaelma Soares dos Santos
CRM: 1749
CPF: 070.860.864-68

MÉDICO - CRM

Av. XXV de Novembro, 153 - Centro - Alagoa Grande - PB

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE

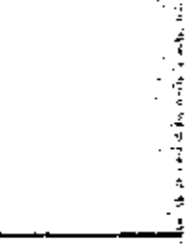
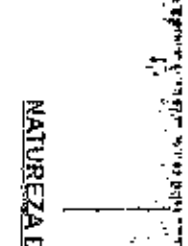
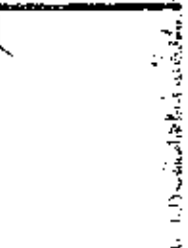
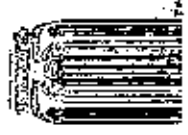
FICHA DE ACOULHAMENTO

NOME:	Benevenuto Manoel Seloquio	IDADE:
QUEIXO:	Travessia (ATD)	
ALERGIAS:	POC	
ACIDENTE DE TRABALHO () SIM () NÃO		
DATA DO ACOULHAMENTO:	30/03/18	PESO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO: () BAIXO () REGULAR () ALTO	ASPECTO: () CALMO () AGITADO () INCONSCIENTE	
PRESSÃO ARTERIAL:	180 x 130	TEMPERATURA AXILAR:
POSSUI DOENÇA CRÔNICA () SIM () NÃO		FC:
MUCOSAS: () NORMAL () ALTERADA		

ESTRATIFICAÇÃO

- () VERMELHO - ACOULHAMENTO IMEDIATO () AMARELO - ACOULHAMENTO ATÉ 2 HORAS
() VERDE - ACOULHAMENTO ATÉ 4 HORAS () AZUL - ACOULHAMENTO AMBULATORIAL

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL (EMERGÊNCIA)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS

ENDEREÇO DA UNIDADE: 2592509 - CNPJ: 08.753.204/0006-10

HOSPITAL MUNICIPAL OSWALDO TRIGUEIRO/ POLICLINICA - AV. 15 DE NOVEMBRO, 153

ASSISTENTE SOCIAL: *Elisângela Almeida* SEXO: *M*

FISSÃO: *14* DT. NAS: *22/05/74*

ERECO: *Alagoa Grande* Nº CARTÃO SUS: *2021002*

ADICION: *CEP: 57320-00* DATA DO ATEND: *30/05/13*

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS

Exame físico

Exame físico

Exame físico

Exame físico

Exame físico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

S: *Exame físico*

ALTADOS: *Exame físico*

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Exame físico

Exame físico

Exame físico

Exame físico

Exame físico

☒ CONSULTA BÁSICA(PAB)

☐ CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

Rx Pêo. + Mta. 14 dias

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

☒ PRESCRITA

☐ OBSERVAÇÃO

☒ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☒ APLICADA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

020405015225320222

020405015225320222

ASS. MÉDICO AUDITOR/CARIMBO

CRM: 1749

CFF: 070.860.864/68

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR

Graciele Karine Sales

ASS. MÉDICO AUDITOR/CARIMBO

ASS. REVISOR/CARIMBO

NÚMERO DO HISTÓRICO: *592*



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

DATA: 12/12/12
NOME: Paulo Roberto
END.:

M. Paulo Roberto 100 - 014

12/12/12

30
Paulo Roberto dos Santos
CNPJ: 1749
070.880.864-68



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MINISTRO OSVALDO TRIGUEIRO

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a) _____

EVANDRO HENRIQUE SABINO

15/03/18
compareceu a este serviço de saúde, nesta data para consulta médica.

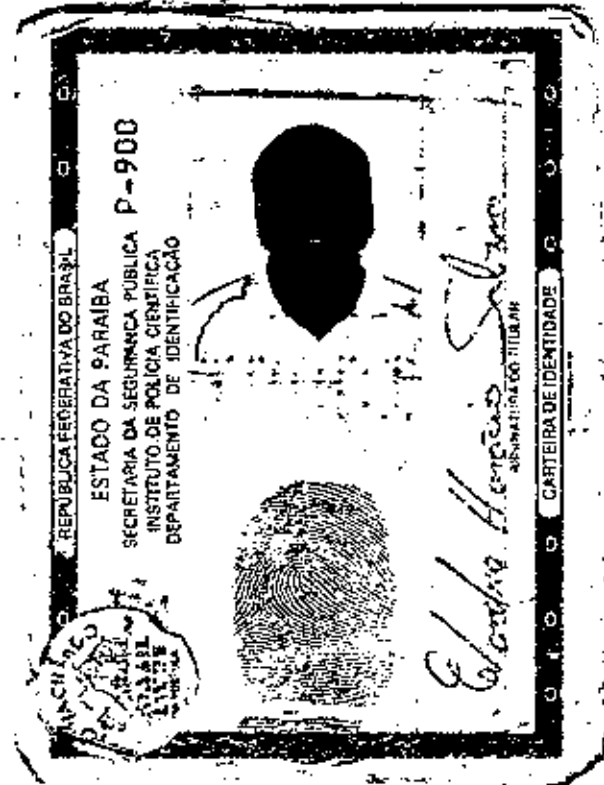
CUG J 15

Alagoa Grande, 30/03/18

Dr. Jaelma Soares dos Santos
CRM: 1749
CPF: 070.860.864-68

MÉDICO - CRM

Av. XXV de Novembro, 153 - Centro - Alagoa Grande - PB



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

Nº 1.542.328-29

Nome: EVANDRO HORÁCIO SABINO

Mãe: Manoel Horácio Sabino

Pai: Severina Maria Sabino

Alagoas Grande - PB

Data de Nascimento: 28.05.1971

Cert. Nasc. Nº 40.157, Fls. 471, Liv. A-654.884.374-B7

Assinatura do Registrante:

TEN 3718 DE 2008/11

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

OUTROS



ASL-0395930/18

Vítima: EVANDRO HORACIO SABINO

CPF: 854.884.374-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/03/2018

Titular do CPF: EVANDRO HORACIO
SABINO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Bolém de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EVANDRO HORACIO SABINO : 854.884.374-87

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 cancela 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: 29/10/2018
Nome: EVANDRO HORACIO SABINO
CPF: 854.884.374-87

EVANDRO HORACIO SABINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Enzo de Jesus Barbosa Salgueiro

DATA DO ACIDENTE 30/03/18 CPF DA VITIMA 854.884.374-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Rua Nova

Nº 630 COMPLEMENTO — BAIRRO —

CIDADE Maracá UF PA CEP 58.388-000

E-MAIL — TELEFONE (—) —

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LIDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01-10-2018

IDENTIDADE 1542.328-29 Via

ASSINATURA Enzo de Jesus Barbosa Salgueiro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA — MATR. CORREIOS —

NOME —

RECIBIMOS

DESTINATÁRIO

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar-Centro, Rio de Janeiro-RJ

Cep: 20031205



 Correios	REGISTRADO URGENTE <i>registered priority</i>	PESO (kg) 3.8
Recebedor	AR IMP	
Assinatura	Doc.	

JT 83042786 8 BR



Remetente:

Guandro Henrique Sabino

Rua - Moura, 650, apartamento grande - PB.

58.388-000.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0395930/18

Vítima: EVANDRO HORACIO SABINO

CPF: 854.884.374-87

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/03/2018

Titular do CPF: EVANDRO HORACIO
SABINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EVANDRO HORACIO SABINO : 854.884.374-87

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: 29/10/2018
Nome: EVANDRO HORACIO SABINO
CPF: 854.884.374-87

EVANDRO HORACIO SABINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo