

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RODRIGO LUCAS DE SOUZA ALVES, brasileiro, solteiro, autônomo, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 9.760.487, expedida pela SDS/PE, inscrito no CPF sob o n.º 705.705.024-03, residente e domiciliado na Rua Bernardino de Campos, n.º 17, Rua Projetada, Bairro Santo Antônio, Carpina/PE, CEP 55.816-490.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com

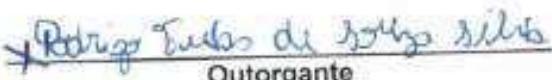
PODERES

Para representá-lo em juizo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

TERMO DE CARÊNCIA

DECLARO, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Carpina/PE, 09 de julho de 2019.


Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE

RODRIGO LUCAS DE SOUZA ALVES, brasileiro, solteiro, autônomo, portador de Cédula de Identidade sob o RG n.º 9.760.487, expedida pela SDS/PE, inscrito no CPF sob o n.º 705.705.024-03, residente e domiciliado na Rua Bernardino de Campos, n.º 17, Rua Projetada, Bairro Santo Antônio, Carpina/PE, CEP 55.816-490.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer julzo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Carpina/PE, 09 de julho de 2019.

Rodrigo Lucas de Souza Alves





Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 29/07/2019 11:23:49
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072911234884800000047684107>
Número do documento: 19072911234884800000047684107

Num. 48427271 - Pág. 3



Tarifa Social de Serviço Básico - Cláusula 1º da Lei 10.403, de 26/04/02
Companhia Energética do Paraná
Av. Júlio de Noronha, 111 - Distrito Federal, Paraná - CEP 80000-000
CNPJ 00.006.000/0001-01 / Inscrição Estadual 00000000000000000000

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA

MARGARETE JOSEFA DE SOUZA

CPF: 585.547.164-53

CLASSIFICAÇÃO:

TI: RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

Multifamiliar

RESIDENCIAL

acidente moto
RG.9760487

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUDBRIAND



BOLETIM DE EMERGÊNCIA 102 - 344

Prontuário: _____ CNS: _____ Idade: 21 Sexo: M
 Nome: Rocky do Lucas Souza Silva Endereço: Rua do Rosário Nascimento: 27/6/91 Est. Civil: _____
 End: _____ Cidade: Carpina NR: 22 Bairro: Santos CEP: _____
 Cidade: _____ Mês: Maio Ano: 2018 Nac.: _____ Doc. Nº: _____
 Mês: _____ Profissão: _____ País: _____
 Profissão: _____ Responsável: _____ Tel.: _____

Últimas Ocorrências:

Data:	Hora:	Nº OCORRÊNCIA	Situação / Sintomas / Queixas / Eventos
<u>20/06/18</u>	<u>13:20</u>		

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIMA / DIAGNÓSTICO:

Parte direita da
Assent de traseiro
el dor no lado direito
dor no se pso e costela.
3.

TRATAMENTO:

torr
curt.
crec pt Transt. otopic
Jornal. 1º dia
Amox. pdas
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA
gms: pdas
Alum. Nata x lozana
Solução banho de frango suíno de milho
HOR: 5452025

EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA:

INTERNAÇÃO:

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> NEBOLIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTOS
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA	

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHAMENTO:

REMÓVIDO:

OBITÓ:

M DO DIA

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:		MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA	
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:

DATA SAÍDA:

HORÁRIO SAÍDA:

RECEPCIONISTA:

DATA:



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME COMPLETO: CRM: PACIENTE: RODRIGO LUCAS DE SOUZA SILVA ENDERECO: PRESCRIÇÃO:	1 ^a VIA FARMÁCIA 2 ^a VIA PACIENTE
---	--

TYLEX 30MG 02 CAIXAS
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8H SE DOR FORTE.

(Assinatura do Farmacêutico)

25/06/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: _____ IDENTIDADE: _____ END: _____ CIDADE: _____ FONE: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR NOME: _____ IDENTIDADE: _____ END: _____ CIDADE: _____ FONE: _____
--	---

ASSINATURA DO FARMACEUTICO
DATA: ____ / ____ / ____

	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500
--	---

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME COMPLETO: CRM: PACIENTE: RODRIGO LUCAS DE SOUZA SILVA ENDERECO: PRESCRIÇÃO:	1 ^a VIA FARMÁCIA 2 ^a VIA PACIENTE
---	--

TYLEX 30MG 02 CAIXAS
TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8/8H SE DOR FORTE.

(Assinatura do Farmacêutico)

25/06/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: _____ IDENTIDADE: _____ END: _____ CIDADE: _____ FONE: _____	IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR NOME: _____ IDENTIDADE: _____ END: _____ CIDADE: _____ FONE: _____
--	--

ASSINATURA DO FARMACEUTICO
DATA: ____ / ____ / ____

	RECEITUÁRIO /REQUISIÇÃO DE EXAMES	ROT 008-02.V1	
NOME: <i>Adelcione de Souza</i>			
DATA DE NASCIMENTO: _____		REGISTRO: _____	
CLÍNICA: _____		ENFERMARIA: _____	
<i>Vc-1.</i>			
<i>Rua Apolígio Guimarães, 50 - Telêmaco Baptista - PR - CEP: 83920-640 Telefone: 3162-8500</i>			
DATA: <i>11/07/2019</i>			
MÉDICO-CRM			
DATA DA HOMOLOGAÇÃO	Rua Apolígio Guimarães, 50 - Telêmaco Baptista - PR - CEP: 83920-640 Telefone: 3162-8500	DATA DA REVISÃO	HOF 073




****SES/FUSAM****
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
 End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500
MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS
 DO SETOR: ORTOPEDIA E OMBRO PARA: AMBULATÓRIO
NOME DO PACIENTE: RODRIGO LUCAS DE SOUZA SILVA
REGISTRO: 1061913
ALTA HOSPITALAR EM: 25/06/2018
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE PE – EM: 21 DIAS.
MÉDICO: AMBULATÓRIO DE PE
MOTIVO: ACOMPANHAMENTO
RECIFE 25/06/2018

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARAMBO
OBS:
 A. ESTE FORMULARIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
 B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARAMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
 C. SO AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO);
VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO





SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Apóstolo Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

RODRIGO LUCAS DE SOUZA SILVA		
1061913	ENF: 26	Leito: 02
DATA DE ENTRADA: 21/05/2018 DATA DE SAÍDA: 25/05/2018		
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FX EXPOSTA DE 3º PDD (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA) E 5º PDD		
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO		
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO COM FIO K. PACIENTE EVOLUIU EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS, FICOU COM BOM ASPECTO. RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES E RETORNO PARA O GRUPO DE PE		
RETORNO AO AMBULATÓRIO DE PECOM 21 DIAS.		
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM		

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado RODRIGO LUCAS DE SOUZA SILVA, portador da Carteira Profissional nº _____, Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FX EXPOSTA DE 3º PDD (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA) E 5º PDD

Recife, 25/05/2018

Juliano Otávio de Freitas

CRM-PE

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



MARCAÇÃO DE CONSULTAS	
Hospital Otávio de Freitas	
Rua da Boa Vista, 150 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20040-001	
Fone: (21) 553-1912 / 553-1913 / 553-1914 / 553-1915 / 553-1916 / 553-1917	
E-mail: hof@uol.com.br	
Site: www.hof.uol.com.br	
AMBULATÓRIO	
DE: 07:00 ÀS 18:00h	
0800-2812005	
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES	
Nome:	HOF - HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
CNS:	898004533083138
Nome:	RODRIGO LUCAS DE SOUZA SILVA
Nasc:	27/06/1997
	Sexo: MASCULINO
Mae:	MARGARETE JOSEFA DE SOUZA SILVA
End:	RUA LOTEAMENTO
Nº:	17
Bairro:	SANTO ANTONIO
CEP:	553-1913
Telefone: 553-191273761	
Pronome:	1061913



	RECEITUÁRIO /REQUISIÇÃO DE EXAMES	ROT 005-02.V1	
NOME: <i>Juliana Albuquerque Magalhaes</i>			
DATA DE NASCIMENTO: _____		REGISTRO: _____	
CÚNICA: _____		ENFERMARIA: _____	
<i>Well U</i>			
<i>Caderno de Exames</i>			
<i>30 Rev</i>			
 <i>DATA: 18/11/15</i>			
MÉDICO-CRM			
DATA DA HOMOLOGAÇÃO	Rua Apipiti Guimarães, 541 – Tejapá, Recife - PE CEP: 50920 - 840 Telefone: 3182-8500	DATA DA REVISÃO	HOF: 075



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 29/07/2019 11:23:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072911234884800000047684107>
 Número do documento: 19072911234884800000047684107

Num. 48427271 - Pág. 12



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045^a CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45^aCIRC
DINTER1/11^oDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0135004006

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2018** às **10:03**

Complementa o BO Número: **18E0135004003**
Complementado pelo BO Número: **18E0135004007**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 20/6/2018 às 13:20

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, AV. FRANCISCO VIANA PE. BQ. SANTO ANTONIO CARPINA PE.** - Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARGARETE JOSEFA DE SOUZA SANTOS (OUTRO)
RODRIGO LUCAS SOUZA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sra(a): **RODRIGO LUCAS SOUZA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sra(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

RODRIGO LUCAS SOUZA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nis: **MARGARETE JOSEFA DE SOUZA SILVA** Pn: **ROGERIO SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/01/1997** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **97860487/SDSPE (RG)** **70570502403 (CPF)** **06582438183 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 992139949**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 17, RUA BERNARDIN DE CAMPOS , MORADA NOBRE N°17, SANTO ANTONIO CARPINA PE. - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARGARETE JOSEFA DE SOUZA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARGARETE JOSEFA DE SOUZA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO LUCAS SOUZA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 Bros** Objeto apreendido: Não
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCL8235** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **111665242** Chassi: **9C3KD1000HR015141**
 Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **GAS**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **ALITOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
 Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DESCONH** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **DESCONHEC** Chassi: **DESCONHECIDO**

Complemento / Observação

RELATA VITIMA RODRIGO LUCAS QUE , NO DIA 20/06/2018 VINHA TRAFEGANDO PELA FRANCISCO VIANA NA P 90, POR VOLTA AS 13:20 HORAS QUANDO DE REPENTE AO PASSAR NO CRUZAMENTO UM VEÍCULO E CONDUTOR ATÉ ENTÃO DESCONHECIDO AVANÇOU O SINAL E COLIDIU COM O MESMO E EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUDRIANO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS NA CIDADE DO RECIFE,PE. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS CABIVEIS NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRESENTE B.O.E.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

X *Rodrigo Lucas de Souza Silva*
RODRIGO LUCAS SOUZA SILVA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **MILTON NEVES DE LIMA** - Matrícula: **142161-1**



<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idLin=135&idOc=7396604&nuBt=1...> 15/02/2019



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 29/07/2019 11:23:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072911234884800000047684107>
 Número do documento: 19072911234884800000047684107

Num. 48427271 - Pág. 14



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
POLÍTICA CIVIL DA PERNAMBUCO

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ SOCIALE EN ALLEMAGNE

CONFERENCE
COMMITTEE

THE UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES, 130 BLOOR STREET WEST, TORONTO M5S 1C4, CANADA
TEL 416 977-7047 FAX 416 977-7827 E-MAIL LIBRARY@UTORONTO.CA

INTERNAZIONALE ITALIANA DEI SISTEMI SANITARI (ma non presente in plantilla) - Socio-Economica/Natura/Industria/Informatica/Scienze Umane/PSICO/PSICO



Al final de la reunión se realizó una evaluación de las estrategias y se establecieron las acciones para su implementación.

Journal of Oral Rehabilitation 2006; 33: 106–113 © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Chlorophytum comosum (L.) Willd.

DEIXA PARA TIRAR MOURA QUE LUCAS SUE, NUNCA VIMOS AQUI VIVER. NAO FALA NADA PELA FRANCISCO E ANILVA PELA, FORA ELLES AINDA QUITAMOS DA JARDINHA DE REPENTE ALGUNS SARANGUETE (AMONTO) E IMPOSTO DE CONSTRUTOR DE PNTA DA DESCONHICIO E UM RECONHECIMENTO. ESSA QUITADA COMO MESMO MESMO EM SEGUNDA BAGULHO SEMPRE PRAIS SOBRE A VITIMA FOI GUARDANDO POR POPULAR, RESTA PARA LINHORUMISTA FRANCISCO DE ASSIS CHAT CALDEIRA E TAQUEDA DA NOITE NESTA VILA. HOSPITAL DA VILA FOI TAMBEM ENQUADRA DO HOSPITAL, PE PELO EXPOS TU HELIE PRATICAMENTE CADA DIA NAUA MENSAGEM DE HONOR E HONRAMENTO DA SANTA CRUZ.

Roxana Iuliană Roxana Iuliană este o scriitoare română contemporană, cunoscută în special pentru romanele sale de genul "românesc".

上卷·第三章·政治、经济与社会——均田制的实施（3） 142



[CONFERE COM
O ORIGINAL](#)



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 29/07/2019 11:23:49
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072911234884800000047684107>
Número do documento: 19072911234884800000047684107

Num. 48427271 - Pág. 16

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 4020-1598 (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, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180519251

Vítima: RODRIGO LUCAS DE SOUZA SILVA

Data do Acidente: 20/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO LUCAS DE SOUZA SILVA

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

- Documentação médica-hospitalar

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

