

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180270305

Vitima: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 20/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180270305**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

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





ESTADO DA PARÁIBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CARACOL
CATEDRAL DO CARACOL - PB



GOV. DO
PARÁIBA
o trabalho.

Código da Unidade: 2592460 | CNPJ: _____
Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 | Bairro: BATALHÃO
Município: CATOLÉ DO ROCHA | Estado: PARÁIBA | UF: PB
Paciente: _____
Nome: FRANCISCO MORGUES DA SILVA | Sexo: M | Idade: 89
Nome Social: _____
Profissão: _____ | Telefone: 84 3947788 | Documento: 863054173
Endereço: RUA BRUNO LUIZ | Bairro: SÃO PAULO
Município: CATOLÉ DO ROCHA | UF: PB
Código IBGE Município: 2504706 | CNIS: 00005937350498
Data de Nascimento: 23.09.1986 | Data do Atendimento: 20.05.2020

Raça / Cor: _____
1 - Branco | 2 - Preto | 3 - Pardo | 4 - Amarela | 5 - Indígena | 99 - Sem Informação
Anamnese e exame físico (sumário): _____

Exames realizados na unidade (tipos): _____
Resultados: _____

Exames realizados na unidade (tipos): _____
Resultados: _____

Exames realizados na unidade (tipos): _____
Resultados: _____

Exames realizados na unidade (tipos): _____
Resultados: _____

Exames realizados na unidade (tipos): _____
Resultados: _____

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

1. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
2. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
3. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
4. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
5. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
6. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
7. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
8. 05.05.2020 - 75 anos - 1980
9. 05.05.2020 - 75 anos - 1980

Comprovação de ato declaratório



IMPRESSÃO AUTOMÁTICA

FRANCISCO MARQUES DA SILVA
SIT BREJUNHO, S/Nº - ARCA RURAL
BREJO DOS SANTOS / PB CEP: 58800-000 (Viz. 245)

Categoria: Substit. RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230 Em 25 - Centro Redenho - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro: 5 - 250 - 539 - 1788 Referência: Mar / 2017
Nº medidor: 00008373826 Emissão: 10/03/2017

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.056.182/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 283 718
Código para Débito Automático: 00014841188

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: U6 (Unidade Consumidora): 6/149611555
Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

10/03/2017

Data prevista da próxima leitura

07/04/2017

CPF/CNPJ/RANI

6886270405

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/17	240
Jan/17	154
Dez/16	188
Nov/16	190
Out/16	180
Set/16	200
Ago/16	162
Jul/16	203
Jun/16	169
Mai/16	188
Abr/16	187
Mar/16	242

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Letura Data Letura
07/02/17 7455 10/03/17 7943

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	188	0,30819	57,93
Adic. B. Amarela			1,01
Subsídio			24,83
PIS			1,18
CORFIS			5,35

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

JUROS DE MORA 01/2017	0,60
JUROS DE MORA 02/2017	0,68
MULTA 01/2017	1,03
MULTA 02/2017	1,82
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017	0,14
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2017	0,03
Desvalor. do Subsídio	-24,83

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	90,28	1,2810	1,18
CORFIS	90,28	5,9362	5,35

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses
195

17/03/2017

R\$ 69,46

4daf.2cd4.0c34.e520.eaee.19fa.f16a.447f

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Cadê do Reclm

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,74	0,00	Serviços de Dist. da Energia PB	21,42	30,83
DIC TRIMESTRAL	23,48		Compreensão Energia	27,89	39,78
DIC SEMESTRAL	49,99		Serviço de Transmissão	1,42	2,12
FIC MENSAL	7,74		Est. carga Serviços	8,42	12,12
FIC TRIMESTRAL	15,49		Impostos Diretos e Encargos	10,52	15,15
FIC SEMESTRAL	30,98		Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	8,43				
DMC	16,87				
			Total	69,46	100,00

Valor do BUST (Ref. 1/2017) R\$ 25,00

ATENÇÃO

Subvenção DEC 7.891/13 R\$ 24,83
Isento ICMS

SELEÇÃO LÍDER INST

08-JUN-2018 18:47 049521 1/1

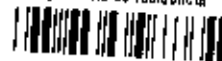
FRANCISCO MARQUES DA SILVA
SIT BRELINHO, S/N - ÁREA RURAL
BREJO DOS SANTOS / PB CEP: 58880-000 (AO: 245)

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km. 25 - C/da. Pádua - J. 200 - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.903.183/0001-40 - INSC. EST: 18.015.823-0

Emissão: 09/11/2018 Referência: Nov/2018
Classificação: RURAL (RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICA)
Roteiro: 5-250-539-1793 1º medição: 00008323935

Nota Fiscal: 5084 Energia Eficiente nº 530.945
Cód. para Ddb. Automático: 0001496115-5

Comprovação de residência



Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **Nov/2018** Apresentação **09/11/2018** Data prevista da próxima leitura **10/12/2018** CPF/CNPJ/RAN **068.662.704-06** Insc. Est. **5/1496115-5**

UC (Unidade Consumidora): **5/1496115-5** Canal de contato

Anterior	Atual	Consumo	Dias
10/12/17	09/11/18	78	30
Demonstrativo			
CC	Descrição	Quantidade	Valor Base Calc. (R\$)
0001	Consumo em kWh	78,00	39,30
0001	Adx. B. Vermelha	2,80	0,00
0001	Adx. B. Amarela	0,25	0,00
0010	Subsídio	14,30	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
0004	JUROS DE MORA 08/2018	0,02	0,00
0005	MULTA 08/2018	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,00	0,00
0005	Devolução Subsídio	-13,55	0,00

CC: Código de Classificação do Item **TOTAL 39,30 0,00 0,00 50,33 0,47 7,71**
Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 19/11/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 39,39**

Histórico de Consumo (kWh)

178	208	194	180	208	150	73	82	71	77	68	78
Nov/17	Out/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18

RESERVADO AO FISCO
8bb6.3aed.db2e.2056.dbb0.3102.d98d.4dbf.

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Causa do Reclamo

Índices	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DTC MENSAL	11,74	0,00	NOMINAL 220
DTC TRIMESTRAL	23,48	0,00	CONTRATADA 202
DTC ANUAL	40,08	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	7,74	0,00	
FIC TRIMESTRAL	15,48	0,00	
FIC ANUAL	30,96	0,00	
QVAC	8,48		
QVARI	18,90		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	12,08	30,82
Consumo de Energia	17,81	45,21
Serviço de Transmissão	1,88	4,71
Encargos Sociais	1,85	4,71
Impostos, Linhas e Encargos	4,29	10,82
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	39,39	100,00

ATENÇÃO

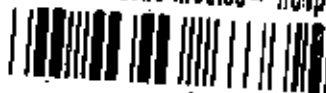
REAVISO: Caso a(s) fatura(s) não tenha(m) sido paga(s), o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 24/11/2018. Conforme Resolução 474/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se contas pagas não estejam disponíveis para consumo. Este prazo não vale para as faturas já REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Subscrição DEC 7.881113 R\$ 13,55. - Leitura confirmada (sem ICMS)

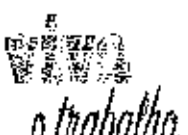
Faturas em atraso
Out/18 37,65
Set/18 31,17

energisa PARANÁ
Roteiro: 5-250-539-1793
Matrícula: 1496115-2018-11-2

VENCIMENTO
19/11/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 39,39



 GOVERNO DA PARAIBA	 VIVA o trabalho	ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DE LAJES DO CARIRI DE AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
---	--	--	--

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, FRANCISCO MARQUES DA SILVA, RG 3054173 SSP/PB, residente e domiciliado no Sítio: Brejinho - Brejo dos Santos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Cícero Sabino Neto - CRM - 8181, no dia 05 de Junho de 2016. Consulta com Observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral - HRCR
Mat. 960924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha - PB, 25 de Julho de 2016.

() Procedimiento de Urgencia

() No - Contaré con los datos e información necesarios por aquellos que/así como en México

1000

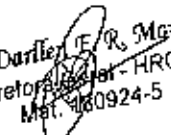
Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

 GOVERNO DA PARAÍBA <i>viva o trabalho</i>	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
---	--	--

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **FRANCISCO MARQUES DA SILVA, RG 3054173 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Brejinho – Brejo dos Santos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Cícero Sabino Neto – CRM - 8181, no dia 05 de Junho de 2016. Consulta com Observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.


 Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral - HRCR
 Mat. 480924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 25 de Julho de 2016.

SECRETARIA LÍDER DA SEM

02-10-2016 10:47 049517 1/1

செய்து

[illegible]

SINAIIS VITALIS

[illegible]

 GOVERNO DA PARAÍBA <i>o trabalho</i>	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
--	--	--

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **FRANCISCO MARQUES DA SILVA, RG 3054173 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Brejinho – Brejo dos Santos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Cícero Sabino Neto – CRM - 8181, no dia 05 de Junho de 2016. Consulta com Observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
 Diretora Geral - HRCR
 Matr. 480924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 25 de Julho de 2016.

SECRETARIA LIDER D'AT

06-10-2018 10:45 049515 1/1



ESTADO DA PARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL
CATEDRAL DO ROCHA - PA

GOVERNO
DA PARÁ

viva
o trabalho

Entidade Prestadora do Atendimento

Código da Unidade: 2592460 | CNPJ:

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAMA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 | Bairro: BATALHÃO

Município: CATOLÉ DO ROCHA | Estado: PARÁ | UF: PA

Nome: Francisco Moura da Silva | Sobrenome: Silva | Sexo: M | Idade: 29

Nome Social: | Telefone: 9893.7795 | Documento: 305477378

Endereço: St. 3, Sulphur | Bairro: Batalhão

Município: 6. dos Santos | CEP: 55350-000 | UF: PA

Código IBSF Município: 2502904 | CNIS: 900403976356498

Data de Nascimento: 23/09/1986 | Data do Atendimento: 05/06/16

Sexo: M | Cor:

1 - Branco | 2 - Preto | (X) 3 - Pardo | 4 - Amarelo | 5 - Indígena | 99 - Sem Informação

Atividade e exame físico (sumário)

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Caráter do Atendimento

Natureza da Consulta

1 - 01 - Exatidão

2 - 02 - Urgência

3 - 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa

4 - 04 - Acidente no trajeto para o trabalho

5 - 05 - Outros tipos de acidente de trânsito

6 - 06 - Outros tipos de acidentes e superintendência por agentes químicos ou físicos

Materiais - Medicamentos e outros recursos

hora

1. Anestesia local

2. Omeprazol

3. Curativo

4. Soro fisiológico

5. Solução de Ringer

6. Pape-manteiga

7.

8.

9.

Procedimento - Descrição

Diagnóstico

Abuso de

Medicamento

Prescrição

Aplicação

Observação

Interrupção

Residência

Outros

Serviços realizados: Código / Procedimento

Assinatura do(a) Profissional (s)/Assessorado

Carimbo

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável

De portar direito

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

Assinatura do Revisor de Saúde - Carimbo

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome:

Leito:

[illegible]

SINAIS VITAIS

[illegible]

{ } 05 - Outros tipos de acidente de trânsito
 { } 06 - Outros tipos de acidentes por agentes químicos ou físicos
 { } Procedimento de urgência

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

[illegible]

COULDER - ENTREPRENEURSHIP INSIDE AN EMPLOYEE

SECRETARY OF DEFENSE

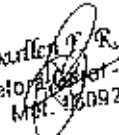


 GOVERNO DA PARAIBA		ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DE LAJES DO CARIRI DE AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
---	---	--	---

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **FRANCISCO MARQUES DA SILVA, RG 3054173 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Brejinho - Brejo dos Santos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Cícero Sabino Neto - CRM - 8181, no dia 05 de Junho de 2016. Consulta com Observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.


 Giulia Darllen F. R. Monteiro
 Diretora Geral - HRCR
 Matr. 960924-5

Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha - PB, 25 de Julho de 2016.

() **Procedimiento de Urgencia**

1

Wasa do Revisor

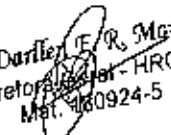
musfashyiv - Ge

 GOVERNO DA PARAÍBA <i>viva o trabalho.</i>	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DR. CATOLÉ DO ROCHA DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
--	--	---

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **FRANCISCO MARQUES DA SILVA, RG 3054173 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Brejinho – Brejo dos Santos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Cícero Sabino Neto – CRM - 8181, no dia 05 de Junho de 2016. Consulta com Observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.


 Giulda Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral - HRCR
 Mat. 480924-5

Giulda Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 25 de Julho de 2016.

SECRETARIA LÍDER DA SPM

02-10-2016 16:47 049517 1/1

 GOVERNO DA PARAÍBA <i>o trabalho</i>	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
--	--	--

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **FRANCISCO MARQUES DA SILVA, RG 3054173 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Brejinho – Brejo dos Santos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Cícero Sabino Neto – CRM - 8181, no dia 05 de Junho de 2016. Consulta com Observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
 Diretora Geral - HRCR
 Matr. 480924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 25 de Julho de 2016.

SECRETARIA LIDER D'AT

06-10-2018 10:45:15 1/1



ESTADO DA PARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL
CATEDRAL DO ROCHA - PA

GOVERNO
DA PARÁ

viva
o trabalho

Entidade Prestadora do Atendimento

Código da Unidade: 2592460 | CNPJ:

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAMA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 | Bairro: BATALHÃO

Município: CATOLÉ DO ROCHA | Estado: PARÁ | UF: PA

Nome: Francisco Marques da Silva | Sobrenome: Silva | Sexo: M | Idade: 29

Nome Social: | Telefone: 9893.7795 | Documento: 305477378

Endereço: St. 3 Sulphur | Bairro: | CEP: 55350-000 | UF: PA

Município: 6. dos Santos | CNIS: 900403976356498

Código IBSF Município: 2502904 | Data do Atendimento: 05/06/16

Data de Nascimento: 23/09/1986 | Raza / Cor: | Assinatura e exame físico (sumário)

() 1 - Branco | () 2 - Preto | (X) 3 - Pardo | () 4 - Amarelo | () 5 - Indígena | () 99 - Sem Informação

Assinatura e exame físico (sumário)

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Caráter do Atendimento

Natureza da Consulta

- () 01 - Exatidão
() 02 - Urgência
() 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
() 04 - Acidente no trajeto para o trabalho
() 05 - Outros tipos de acidente de trânsito
() 06 - Outros tipos de lesões e superaquecimento por agentes químicos ou físicos
- () 1 - Consulta simples
() 2 - Consulta com medicamento
() 3 - Consulta com observação
() 4 - Consulta ortopédica
() 5 - Procedimento de urgência

Materiais - Medicamentos e outros recursos

hora

1. Anestesia local

2. Omeprazol

3. Curativo

4. Soro fisiológico

5. Solução de Ringer

6. Pape-manteiga

7.

8.

9.

Procedimento - Descrição

Diagnóstico

Abcesso

cto - 10

Medicamento

() Prescrita () Aplicação

() Observação () Interrupção

() Óbito () Residência

() Outros

Serviços realizados: Código / Procedimento

1. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

2. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Assinatura do(s) Profissional(is) Responsável(is)

Dr. Claudio Roberto

CRM: 14194

CMS

CBO

CRM

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável

De portador direto

Francisco Marques da Silva

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Leito: _____

[illegible]

SINAIS VITAIS

[illegible]



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL REG. DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
CATORÉ DO ROCHA - PB

GOVERNO
DA PARAÍBA

viva
o trabalho.

Entidade Prestadora de Atendimento

Código da Unidade: 2592460 CNPJ: _____

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 Bairro: BATALHAO

Município: CATORÉ DO ROCHA Estado: PARAIBA UF: PB

Nome: Francisco Marques da Silva Paciente Sexo: M Idade: 29

Nome Social: _____ Telefone: 9693-7795 Documento: 3054173 PB

Profissão: Sr. 3.ª Auxiliar Bairro: _____

Endereço: Rua Antonio da Silva CEP: 55550-000 UF: PB

Município: 6.ª do Sertão CNE: 300403478356498

Código IBGE Município: 2502904 Data de Nascimento: 23/09/1986

Data de Nascimento: 23/09/1986 Data de Atendimento: 03/06/16

Raça / Cor: _____

1 - Branca | 2 - Preta | (X) 3 - Parda | 4 - Amarela | 5 - Indígena | 99 - Sem Informação

Assinatura e exame físico (sumário)

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Caráter do Atendimento

01 - Eletivo

02 - Urgência

03 - Atendimento no local de trabalho ou a serviço da empresa

04 - Atendimento no trajeto para o trabalho

05 - Outros tipos de acidente de trânsito

06 - Outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos ou físicos

Natureza da Consulta

() Consulta simples

() Consulta com medicação

() Consulta com observação

() Consulta Ortopédica

() Procedimento de Urgência

Horas -

1. Análise em local

2. Omeprazol

3. Curativo

4. Soro 1% 1000 ml

5. 1000 ml 4% (20)

6. Pipa 1000 ml 2% (20)

7. _____

8. _____

9. _____

Procedimento - Descrição

Diagnóstico

Abcesso

CID - 10

Medicamento

() Prescrição () Aplicação () Observação () Internação () Outros

Serviços realizados: Código / Procedimento

1. _____

2. _____

3. _____

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s)

Dr. Cleopoldo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

CNS

CBO

CRM

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

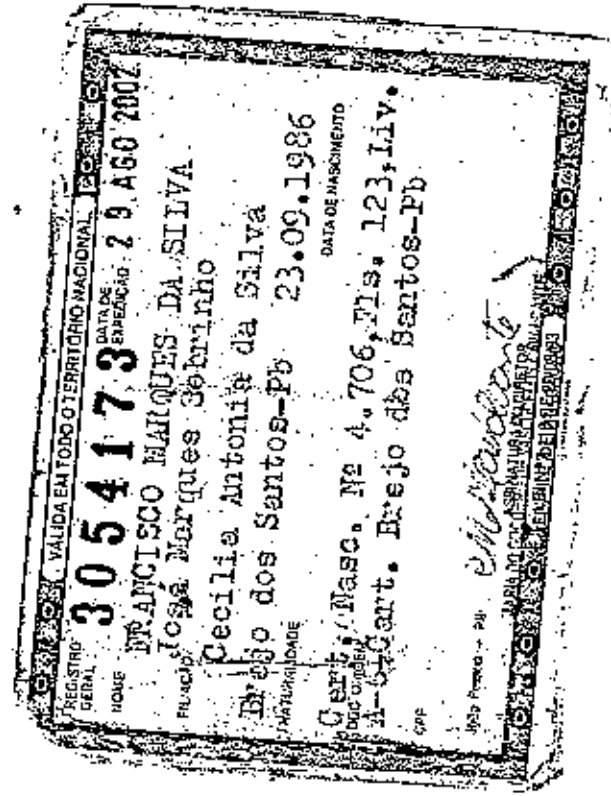
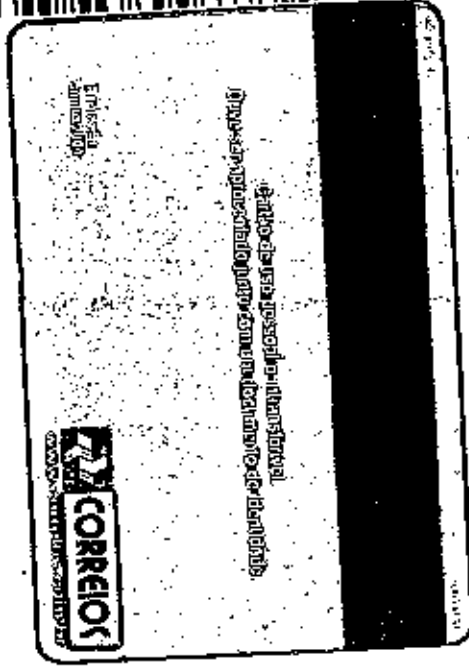
Outras línguas e envenenamento por agrotóxicos quimicos no Estado de São Paulo

COULDER - CONFESSIONS INSTEAD OF A MIMICRY

SECRET
NOFORN

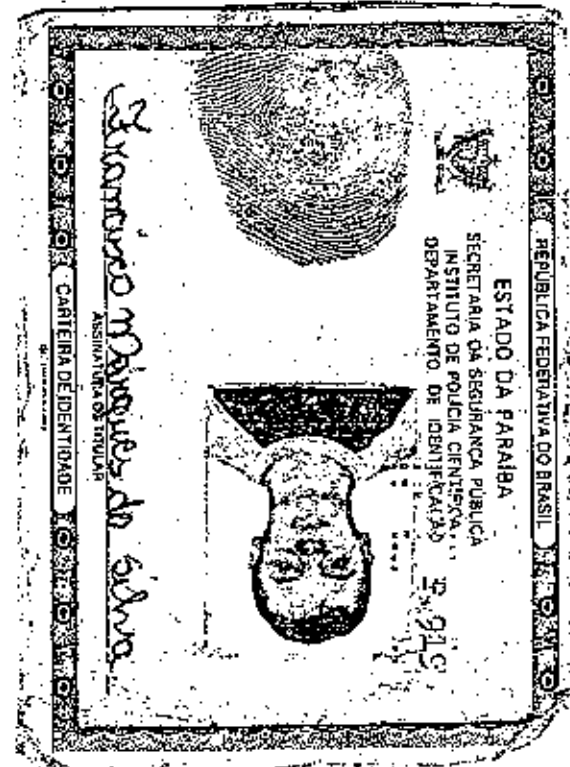
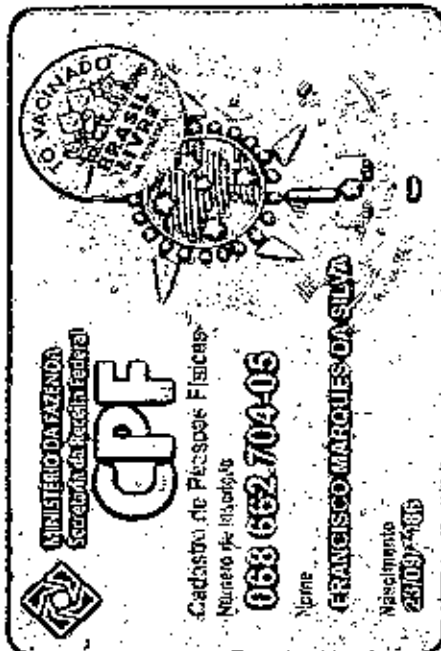


7 22 86966



SENHADO LIDER 00001

09-10-2018 16:47 049524 V1





7 22 86966

COLOREDO

COBREIO

Este documento é válido para a identificação pessoal e profissional.

Este documento é válido para a identificação pessoal e profissional.

REGISTRO GERAL

3054173

DATA DE EMISSÃO: 29 AGO 2007

FRANCISCO MARQUES DA SILVA

JOÃO MARQUES SEBRINHO

Cecilia Antonia da Silva

Brejo dos Santos-PB

23.09.1986

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº 4.706, Fls. 123, Liv. 1-6-Cert. Brejo dos Santos-PB

CPF

123.456.789-01

Assinatura

SENHADO LIDER ORAT

09-10-2018 16:47 049524 V1

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

068 662.704-03

FRANCISCO MARQUES DA SILVA

Nascimento

23/09/1986

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

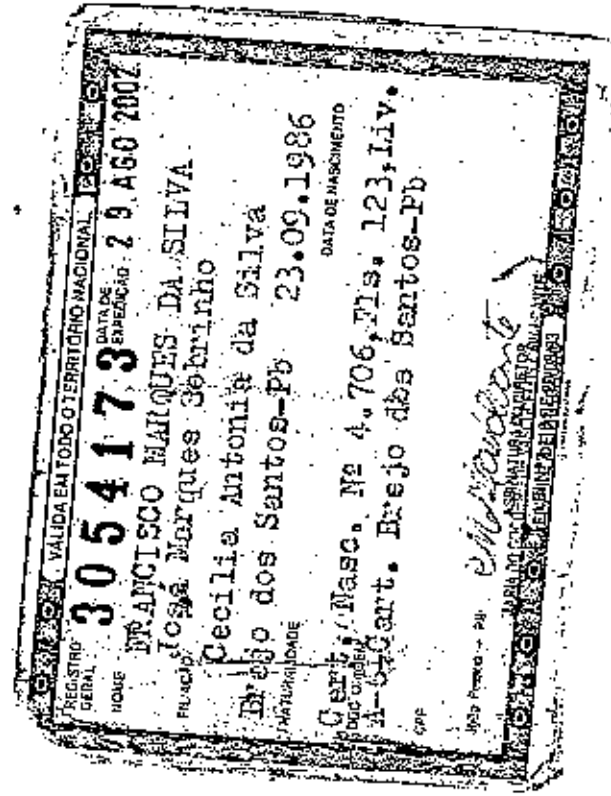
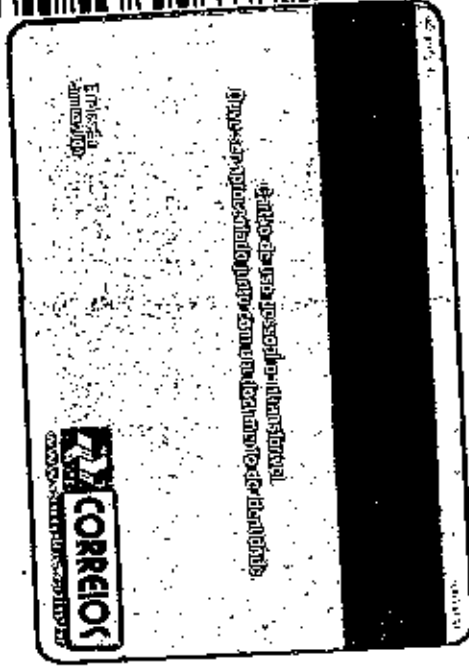
Assinatura

Francisco Marques da Silva

23/09/1986

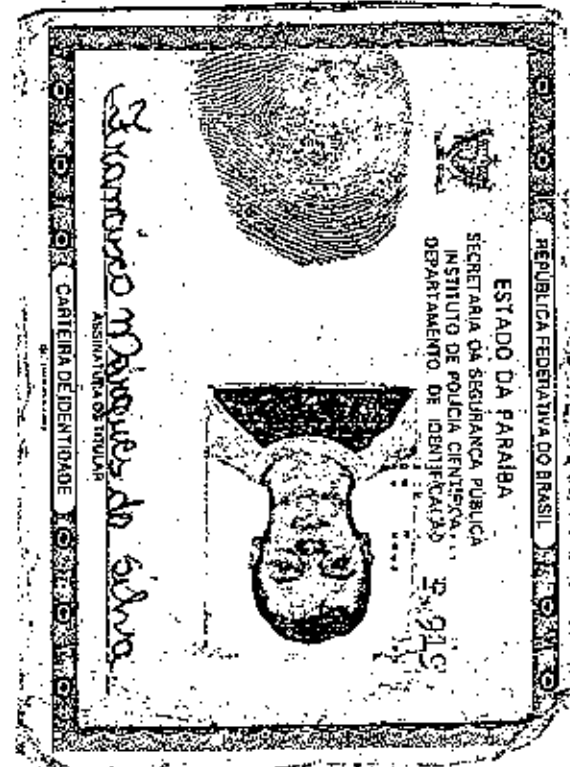
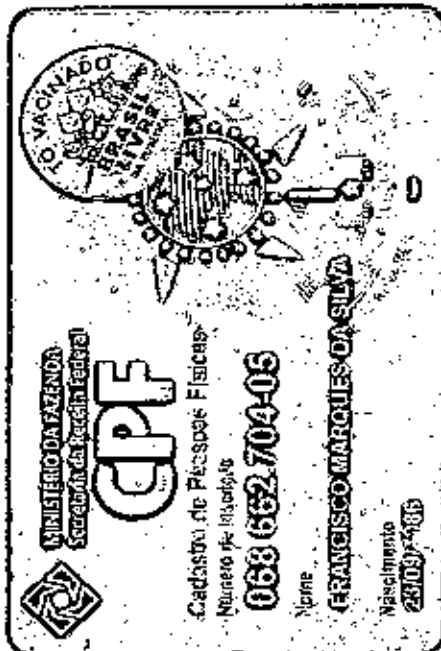


7 22 86966



SENHADO LIDER ORÇ

09-10-2018 16:47 049524 V1



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210381/18
Vítima: FRANCISCO MARQUES DA SILVA
CPF: 068.662.704-05

Data do Acidente: 20/05/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



FRANCISCO MARQUES DA SILVA : 068.662.704-05

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: 08/06/2018
Nome: FRANCISCO MARQUES DA SILVA
CPF/CNPJ: 068.662.704-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

FRANCISCO MARQUES DA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA FRANCISCO MARQUES DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 28/05/2016 CPF DA VITIMA 068.662.704-05
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DE VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIR PARANTESCO COM A VITIMA É FRANCISCO MARQUES DA SILVA
ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO BREGIM
Nº 5 N COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
CIDADE BREJO DOS SANTOS UF PB CEP 58880-000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99693-7745

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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 AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAÇÃO 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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)
- OBS: 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\$ 13.500,00
- DAMS - ATÉ R\$ 13.500,00
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/05/2016

IDENTIDADE 3054443 559188

ASSINATURA Francisco Marques da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Seguradora Lden PPVAT
 Rua Senador Santos, 94, Centro
 Rio de Janeiro - RJ
 CEP: 20031-205



REGISTRADO, URGENTE REGISTERED PRIORITY	
☒	☐
PESO / WEIGHT (kg)	0,070
IR 89007450 5 BR	

Barboleni Ferreira da Silva
Rua José Ferreira de Sã, 511
Alto do Cururu
Belo do Santo-PA
CEP: 58880-000

(ETIQUETA OU CARIMBO MP)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210381/18
Vítima: FRANCISCO MARQUES DA SILVA
CPF: 068.662.704-05

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/05/2016
Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



FRANCISCO MARQUES DA SILVA : 068.662.704-05

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

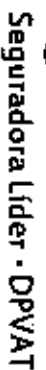
Data da entrega: 08/06/2018
Nome: FRANCISCO MARQUES DA SILVA
CPF/CNPJ: 068.662.704-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

FRANCISCO MARQUES DA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA FRANCISCO MARQUES DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 20/05/2016 CPF DA VÍTIMA 068.662.704-05

PORTADORA DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DE VÍTIMA. () REPRESENTANTE LEGAL, CUIR PARANTESCO COM

A VITIMA E: FRANCESCO MARQUES DA SILVA

ENDEREÇO DO PORTADOR STTIO BRÉZIL

Nº 54 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL

CIDADE BREJO DOS SANTOS UF PE CEP: 58880-000

E-MAIL: _____
TELEPHONE: (83) 99693-7745

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS: INVÁLIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO Y/ CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO CANCELADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- 1) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO CÉDULO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITÍMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDIRICANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ATO E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL);
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- 1) 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)
- 2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 115.000,00 .
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 115.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAM) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE: WWW.DPVATSEGURADOTRANSSITO.COM.BR OU LIGUE: GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO, ENTREGUE

DATA 17/05/2018

IDENTIDADE 3054143 558188

ASSINATURA Fernando Moura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

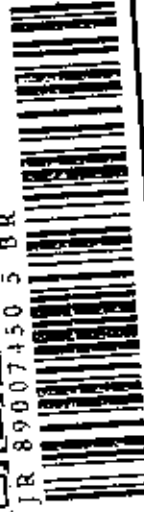
HOME

ASSIMILATION



Signadora Lden PPVAT
Rua Senador Santos, 94, Centro
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20031-205



REGISTRADO, URGENTE REGISTERED PRIORITY	
MP	PESO / WEIGHT (kg)
☒	0,070
JR 89007450 5 BR	
	

Barboleni Ferreira da Silva
Rua José Ferreira de Sã, 511
Alto do Cururu
Belo do Santo - PB
CEP: 58880-000

(ETIQUETA OU CARIMBO MP)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210381/18

Número do Sinistro: 3180270305

Vítima: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

CPF: 068.662.704-05

Seguradora: VANGUARDA CIA SEGUROS

Data do acidente: 20/05/2016

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

Outros



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: 12/12/2018
Nome: FRANCISCO MARQUES DA SILVA
CPF: 068.662.704-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

FRANCISCO MARQUES DA SILVA

Alexandre Tavares Belfort

Alessandra Magalhães

De: Thatiana Bellot
Enviado em: terça-feira, 11 de dezembro de 2018 11:30
Para: Projeto Correio
Assunto: SAC - 3180270305 - FRANCISCO MARQUES DA SILVA - Nº Atendimento 22946438
Anexos: Documentação médico-hospitalar.pdf

Prezados,

Peço receber o documento na aba Ato Declaratório.

Thatiana Bellot

Gerência Técnica

thatiana.bellot@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4053



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa **News** e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) / [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210381/18

Outros



Número do Sinistro: 3180270305

Vítima: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

CPF: 068.662.704-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2016

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

Seguradora: VANGUARDA CIA SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

FRANCISCO MARQUES DA SILVA : 068.662.704-05

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: 19/12/2018
Nome: FRANCISCO MARQUES DA SILVA
CPF: 068.662.704-05

FRANCISCO MARQUES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha

Atraso na data do último documento

Justificativa

3180240305

- ☐ Aguardando status e/ou Erro sistêmico
- ☐ Solicitação 07
- ☐ Solicitação 06
- ☐ Caixa Redistribuição
- ☐ Atraso por consulta ao site da Receita Federal
- ☐ Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)

Nome: KAREN AZEVEDO



segundara lider do Seguro PPVAT
Rua Senador Paetson, 74
55º andar
Centro
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20031-205

92

24

Correios	REGISTRADO URGENTE	PESQUISA
	registered priority	0.030
Recebedor -		VAR MP
Assinatura		Doc.

Francisco Nogueira da Silva
Sítio Brejozinho, s/n, zona rural
Bairro dos Santos - PB
CEP: 58680-000.

(ETIQUETA OU CARIMBO MP)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210381/18

Número do Sinistro: 3180270305

Vítima: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

CPF: 068.662.704-05

Seguradora: VANGUARDA CIA SEGUROS

Data do acidente: 20/05/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

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: 12/12/2018
Nome: FRANCISCO MARQUES DA SILVA
CPF: 068.662.704-05

FRANCISCO MARQUES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210381/18

Número do Sinistro: 3180270305

Vítima: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

CPF: 068.662.704-05

Seguradora: VANGUARDA CIA SEGUROS

Data do acidente: 20/05/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

FRANCISCO MARQUES DA SILVA : 068.662.704-05

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: 19/12/2018
Nome: FRANCISCO MARQUES DA SILVA
CPF: 068.662.704-05

FRANCISCO MARQUES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha