

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO SINDERLEY PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180351655**

Vitima: **FABIO SINDERLEY PEREIRA**

Data do Acidente: **22/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180351655**.

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 13192021



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO SINDERLEY PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180351655**

Vitima: **FABIO SINDERLEY PEREIRA**

Data do Acidente: **22/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180351655**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Laudo do IML - Lesões corporais não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180351655

Vítima: FABIO SINDERLEY PEREIRA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIO SINDERLEY PEREIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para 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.

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

Carta nº 13587803



Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180351655

Vítima: FABIO SINDERLEY PEREIRA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIO SINDERLEY PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FABIO SINDENLEY PEREIRA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 53.392.886-1 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 25/04/13 E
 CPF 78803787924-00 / CNPJ 000000000000000000-00 () - (), PROFISSÃO ABRIGADO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 988,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FABIO SINDENLEY, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

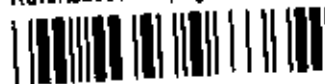
1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

Autorização de pagamento

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO 237 AGÊNCIA 54762 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0591259-8☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL MOURA E LORO, A DATA 12/07/13ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Fabio Sindenley Pereira**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Débito

VALIDO EM TODO O BRASIL



5067 3115 4695 3308

04/21

VALID DATE

5776 2

AGÊNCIA DIG

0591259 8

CONTA

03

DIG VIA

00

TIPO

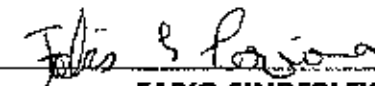
FABIO SINDERLEY PEREIRA

elo

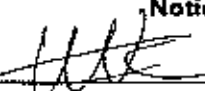
OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 137/2018

Aos **12 de março de 2018**, nesta cidade de **CUITÊ**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **ELIAS JOSÉ RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **WILLIAMS LIMA DE OLIVEIRA**, ao final assinado, ai, por volta das **09:44** horas, compareceu **FABIO SINDERLEY PEREIRA**, conhecido(a) por **GALEGO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRO**, ocupação habitual **APOSENTADO**, grau de instrução **ENSINO MEDIO INCOMPLETO**, com **46** anos de idade, nascido(a) aos **07/03/1972** em **PICUI - PB**, filho(a) de **SEVERINO ALMINO PEREIRA** e **IRAVI PEREIRA DA SILVA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **57.392.886-1**, expedido pela **SSP/SP** e C.P.F. de Nº **788878794-00**, residindo no seguinte endereço **RUA JOÃO PESSOA, 822, BAIRRO CENTRO**, cidade de **NOVA FLORESTA - PB**, telefone: () , celular: **(083) 998718207**, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

QUE NO DIA **22/11/2017**, POR VOLTA DAS 20:30HS, NA SAÍDA DA CIDADE DE NOVA FLORESTA PARA JACANÁ, NA BR-104, ESTAVA PILOTANDO UMA MOTO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CAVALO ATRAVESSANDO A PISTA; QUE COLIDIU SUA MOTO COM O CAVALO, TENDO O CAVALO MORRIDO NA HORA E O DECLARANTE SIDO SOCORRIDO PELA SAMU; QUE O SAMU CONDUZIU O DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÊ ONDE FOI VERIFICADA A GRAVIDADE DO PACIENTE E A NECESSIDADE DA TRANSFERENCIA PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB; QUE FOI VERIFICADO QUE O DECLARANTE HAVIA FRATURADO 9 COSTELAS TENDO SIDO NECESSARIO CIRURGIA E INTERNAMENTO POR CERCA DE 28 DIAS; DADOS DA MOTO: HONDA CG/125 FAN KS, PLACA OEU-2168/PB, COR VERMELHA, CHASSIS 9C2JC4110BR793811, RENAVAN 0034152834-0, ANO/MODELO 2012/2013, LICENCIADA EM NOME DE EDSON DE ASSIS LIMA, CPF 025338744-26. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

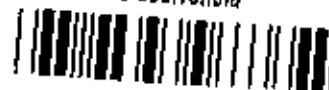

FABIO SINDERLEY PEREIRA
Noticiante

AUTENTICAÇÃO
Esta Fotocópia Esta Conforme
o Original Documento
Nova Floresta - PB
AAB03055 - GWDS
Consulte a autenticidade em: <https://salodigital.tjpb.jus.br>


WILLIAMS LIMA DE OLIVEIRA
Responsável pelo registro

Serviço Not. e Registro Civil
Elisane Clementino Pereira
Escrivã Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuitê - PB

Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 137/2018

Boletim de ocorrência



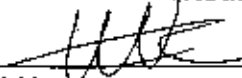
Aos 12 de março de 2018, nesta cidade de **CUITÉ**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **ELIAS JOSÉ RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **WILLIAMS LIMA DE OLIVEIRA**, ao final assinado, ai, por volta das 09:44 horas, compareceu **FABIO SINDERLEY PEREIRA**, conhecido(a) por **GALEGO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRO**, ocupação habitual **APOSENTADO**, grau de instrução **ENSINO MEDIO INCOMPLETO**, com 46 anos de idade, nascido(a) aos 07/03/1972 em **PICUI - PB**, filho(a) de **SEVERINO ALMINO PEREIRA** e **IRAVI PEREIRA DA SILVA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº 57.392.886-1, expedido pela **SSP/SP** e C.P.F. de Nº 788878794-00, residindo no seguinte endereço **RUA JOÃO PESSOA, 822, BAIRRO CENTRO**, cidade de **NOVA FLORESTA - PB**, telefone: () , celular: (083) 998718207, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

QUE NO DIA 22/11/2017, POR VOLTA DAS 20:30HS, NA SAÍDA DA CIDADE DE NOVA FLORESTA PARA JACANÁ, NA BR-104, ESTAVA PILOTANDO UMA MOTO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CAVALO ATRAVESSANDO A PISTA; QUE COLIDIU SUA MOTO COM O CAVALO, TENDO O CAVALO MORRIDO NA HORA E O DECLARANTE SIDO SOCORRIDO PELA SAMU; QUE O SAMU CONDUZIU O DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ ONDE FOI VERIFICADA A GRAVIDADE DO PACIENTE E A NECESSIDADE DA TRANSFERÊNCIA PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB; QUE FOI VERIFICADO QUE O DECLARANTE HAVIA FRATURADO 9 COSTELAS TENDO SIDO NECESSÁRIO CIRURGIA E INTERNAMENTO POR CERCA DE 28 DIAS; DADOS DA MOTO: HONDA CG/125 FAN KS, PLACA OEU-2168/PB, COR VERMELHA, CHASSIS 9C2JC4110BR793811, RENAVAN 0034152834-0, ANO/MODELO 2012/2013, LICENCIADA EM NOME DE EDSON DE ASSIS LIMA, CPF 025338744-26. Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.



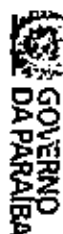
FABIO SINDERLEY PEREIRA

Noticiante



WILLIAMS LIMA DE OLIVEIRA

Responsável pelo registro



GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B/E) Nº: 1548575 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/11/2017
Baleim de Emergência (B/E) - Modelo 07 Atendente: Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: FABIO SINDERLEY CEP: 58178000 Nascimento: 02/03/1972

PEREIRA Sexo: M Telefone:

Endereço: OAO PESSOA Idade: 045 Bairro: CENTRO

Cidade: Nova Floresta RG: 573928861 Nº 0

Nome da Mãe: IRACI PEREIRA DA SILVA CPF: 78887879400 Profissional: APOSENTADO

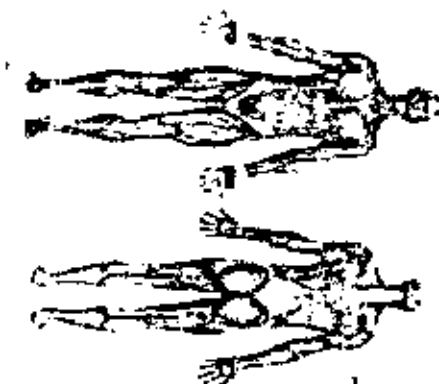
Responsável: SEBASTIANA FREIRE DA SILVA Data de Atend: 23/11/2017

Estado Civil: Divorciado(a) Hora: 02:50:25

Motivo: ACIDENTE DE MOTO CRM: Especialidade:

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Cabeça
2. Amputação
3. Anúlio
4. Certeza
5. Craniotomia
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enclausura subcutânea
10. Enclausuramento
11. Equimose
12. Fenda aberta
13. Fenda fechada
14. Fenda
15. Fenda
16. Fenda
17. Fenda
18. Fenda
19. Fenda
20. Fenda
21. Fenda
22. Fenda
23. Fenda
24. Fenda
25. Fenda
26. Fenda

Comprovação de ato declaratório



HTCC-Paraná

EXAME PRIMÁRIO

Exame físico: Aferir pressão arterial, pulso, temperatura, etc.

ALERGIA: Sem alergia conhecida.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: () Fotorregentes () Isocólicas () Anisocólicas

Glasgow: 14 PA: 14 HGT: 14



EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Don't forget to add the date and time.

Especialista: Dr. Portela

Especialista: Dr. Portela

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUITAS

HORÁRIO REALIZADO

1 - Sinal de...
2 - Sinal de...
3 - Sinal de...
4 - Sinal de...
5 - Sinal de...
6 - Sinal de...

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura do médico: Dr. Portela



IRACI PEREIRA DA SILVA
RUA PRES JOAO PESSOA, 828 - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP: 58160000 (A.G. 80)

Emissão: 15/02/2018 Referência: Fev/2018
Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-250 Km 25 - Celso Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-630
Roteiro: 9 - 106 - 225 - 5180 Nº Medidor: 00000822014

energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.035.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.623-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 002 153.777
Cod. para D.E. Autenticação: 00007138731

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	15/02/2018	16/03/2018	123721458

UC (Unidade Consumidora): **5/763673-1**

Canal de contato

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricitista de confiança. Não embraque a fiação sozinho. De um bônus de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 16/01/18	Leitura 17453	Data 15/02/18	Leitura 17474	
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade Tarifada	Valor Base Calc. AR	km(R\$)	Base Calc. Fatores
	Tributos Totais(R\$) ICMS(20%) ICMS	PerCotado(R\$) 1,1(200%) 0,199(9%)		
001 Consumo em kWh	71,00 0,726230	51,13 25 12,78	51,13	0,57 2,65
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
007 CONTRIB. ILUM. PUSUCA	5,44	0,00 0 0,00	0,00	0,00 0,00

CCR Código de Classificação do Item TOTAL: 58,57 51,13 12,78 51,13 0,57 2,65

Média Últimos meses (kWh) **87**

VENCIMENTO **22/02/2018** **TOTAL A PAGAR** **R\$ 56,57**

Histórico de Consumo (kWh)

78	82	78	84	83	87	84	81	88	89	82	89
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

RESERVAÇÃO AO FISCO
7779.2d9c.591f.e3c5.7cfa.434f.b1e5.bb91.

Indicadores de Qualidade 12/2017 - CCR

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
QCMENSAL	5,55	0,18	
QCM TRIMESTRAL	11,10		
QCM ANUAL	22,21		
QCM TRIMESTRAL	3,38	1,00	
QCM TRIMESTRAL	6,72		
QCM ANUAL	13,45		
QCM	3,20	0,13	
QCM	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia e PB	12,45	22,77
Distribuição de Energia	15,20	28,11
Serviços de Transmissão	2,08	3,84
Encargos Setoriais	8,72	15,58
Impostos Diretos e Encargos	21,44	37,97
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	56,57	100,00

Valor de R\$ 56,57 (R\$ 12/2017) R\$ 15,42

ATENÇÃO

PREAVISO: Caso o(a) titular(a) acima continue(n) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/03/2018. Conforme Resolução 474/ANEEL, o pagamento após esse prazo não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para essas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Faturas em atraso

Jan/18	73,63
Dez/17	50,04



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu EDSON DE ASSIS LIMARG nº 2411116, data de expedição 13/04/96Órgão SSC(PJ), portador do CPF nº 054.392.714-1 comdomicílio na cidade de NOVA FLORESTA, no Estado dePARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)SEI de Jacaré, nº 81.

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

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

vítima FABIO SINDENLEY, cujo o condutor eraFABIO SINDENLEYVeículo: FAN 125 KS MotoModelo: FANAno: 2011Placa: 0E02168Chassi: 9CZJC41100A797011Data do Acidente: 20/11/2014Local e Data: NOVA FLORESTA/PA 17/07/17EDSON DE ASSIS LIMA

Assinatura do Declarante

Fabio Sindlenley Pereira

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edson de Assis Lima,RG nº 118145739 data de expedição / /Órgão _____, portador do CPF nº 025 338 744 26, comdomicílio na cidade de Areia, no Estado deParaíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Florianópolis, nº SN.complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima 22 de novembro 2017 cujo o condutor eraFelipe Sinderley Pereira.Veículo: FAN HONDA CG 125 FAN KSModelo: FAN KSAno: 2011-2011Placa: CCA 2168Chassi: 9C23C4110BR793811

Data do Acidente:

Local e Data: BR 104 ENTRE NOVA FLORESTA E JACANÁdia 22 de 11 de 2017 20.30 HSEdson de Assis Lima

Assinatura do Declarante

Felipe Sinderley Pereira

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

DECLARAÇÃO

Sinistro 3180351655

Declaração do proprietário do veículo



Eu, **FABIO SINDERLEY PEREIRA**, brasileiro, solteiro, aposentado por invalidez, portador da Cédula de Identidade Civil nº. 57.392.886-1 SSP/SP e do CPF nº. 788.878.794-00, residente e domiciliado na Rua Presidente João Pessoa, 828, Centro, Nova Floresta/PB, CEP 58178-000, **DECLARO, para os devidos fins e em especial para fazer prova junto a Seguradora Líder dos Consórcios Dpvat S.A. que o Sr. Edson de Assis Lima**, proprietário da moto Honda CG 125 Fan, ano/modelo 2011/2012, cor vermelha, Placa OEU-2168/PB, Chassi nº. 9C2JC4110BR793811, RENAVAL 341528340, a qual eu me acidentei no dia 22/11/2017, **se encontra em local incerto e não sabido, não tendo consequentemente como localizá-lo atualmente.**

RECONHEÇO

Nova Floresta/PB, 26 de Novembro de 2018.

Fabio Sinderley Pereira

FABIO SINDERLEY PEREIRA

RECEBIDO

03 DEZ 2018

Seguradora Líder DPVAT

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 600
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA-PB

Reconheço a(s) firma(s) e a(s) por autenticidade

de *Fabio Sinderley Pereira*

AHV73128 - T6EB

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

Dou fé. Teste () da verdade.

Nova Floresta-PB 26 de Novembro de 2018

Elana Clementino Pereira

Elana Clementino Pereira
Escrivã Substituta

Serviço Not. e Registro Civil
Elana Clementino Pereira
Escrivã Substituta
Nova Floresta - Comarca de Guitã - PB

0101-6

PROIBIDO PLASTIFICAR



Fabio Sinderley Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

57.392.886-1 DATA DE EMISSÃO 25/ABR/2013

FABIO SINDERLEY PEREIRA

SEVERINO ALMINO PEREIRA

E IRACI PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE
PICUI - PB

DATA DE NASCIMENTO
07/MAR/1972

DOC. ORGEM
CUIE - PB

CC: LV-B4 / ELS-198 / N. 001667

CPF: 788878794/00 CPIS: 12407824034

175 Delegado Divisional
Roberto INATRA DO GAB. PORTA JIRSD-SPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Cartão do Usuário

Sistema Único de Saúde

FABIO SINDERLEY PEREIRA

Data Nasc.: 07/03/1972 Sexo: M

700 0001 4904 3400

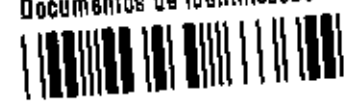


DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de perda, comunicar ao Disque Saúde.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.



Documentos de Identificação



DETRAN - PB Nº 013727891661
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00341528440 00/00/0000 2017

ELSON (DE ASSIS) LTDA

02533814426 0002158/PB

PLACA ANT./UR. 0002158/PB

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC COMBUSTIV. GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG-125-FAN-KS

CAP./POT./CL 2 9/124 /CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º

FAIXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00000000 IOF (R\$) 00000000 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 07/03/2018

OBSERVAÇÕES A.F. BU. FINANÇEIRA S.A. OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SAPE-PB LOCAL DATA 08/03/2018

00000000 00000000 00000000

PB Nº 013727891661 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 08/03/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 02533814426 PLACA 0002158/PB

RENAVAM 00041528440 MARCA/MODELO HONDA/CG-125-FAN-KS

ANO FAB. 2011 ANO CHASSI 2011

SC23C41108R799811

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 00000000 DENATRAM (R\$) 00000000 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000 IOF (R\$) 00000000 TOTAL A SER PAGO (R\$) 00000000

PAGAMENTO 0 COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTACAO 07/03/2018

SEGURODPVAT

CNPJ 08.348.808/0001-04

9393-1412035-20180308

DUT





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICAInstituto de Polícia Científica
Unidade de Medicina LegalNÚCLEO OPERACIONAL DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL/CG
BR 230 KM 160,5 Alça Sulista - Serroão - CEP 58-400-790 Campina Grande PB.**CONFERE COM ORIGINAL****LAUDO TRAUMATOLÓGICO****Ferimento ou Ofensa Física**Campina Grande-PB 16/10/2018Fausto Maria 138455-4

C:

Laudo: **03.03.05.092018.20505**

Data do exame: 13/09/2018 Hora 09:07

Órgão Requisitante: DELEGACIA DE CUITÉ-PB. Nº da Solicitação: SN/2018. Autoridade Solicitante: Bel: DÉCIO SOUZA LIMA FILHO. Nome: FABIO SINDERLEY PEREIRA, FABIO GALEGO, Identidade de Gênero: Masculino. Data de Nascimento: 07/03/1972. Idade: 46 Profissão: . RG:573928861, CPF:788.878.794-00. filho(a) de SEVERINO ALMINO PEREIRA e IRACI PEREIRA DA SILVA. Estado Civil: . Escolaridade: . Naturalidade: / . Residente na R: JOÃO PESSOA,822 CENTRO NOVA FLORESTA/PB.

HISTÓRICO - Acidente de trânsito em 22/11/2017.

DESCRIÇÃO - Cicatriz hipercrômica e hipertrófica com 3,2 cm no gradil costal direito característica das produzidas por drenagem torácica, e cicatriz com os mesmos vícios, de formato circular, medindo 3,8 cm e localizada no joelho esquerdo.

Consta em folha de evolução do Hospital Regional de Campina Grande o diagnóstico de fraturas dos arcos costais direitos (primeiro ao nono) com perfuração pulmonar.

QUESITOS

- 1º. Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2º. Qual o meio que o ocasionou? CONTUNDENTE.
- 3º. Houve perigo de vida? SIM, DEVIDO A HEMOPNEUMOTÓRAX.
- 4º. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5º. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO A HEMOPNEUMOTÓRAX COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA.
- 6º. Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7º. Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8º. Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9º. Resultou deformidade permanente? RESULTOU DANO ESTÉTICO POR CICATRIZES VICIOSAS.
- 10º. Provocou aborto? PREJUDICADO.

Ricardo Cesar de Carvalho
Médico Legista
Matrícula 72905-1
CRM-PB 1979

Recebido em 13/09/18Fabio Sinderley Pereira

POLEGAR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278881/18
Vítima: FABIO SINDERLEY PEREIRA
CPF: 788.878.794-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/11/2017
Titular do CPF: FABIO SINDERLEY PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



FABIO SINDERLEY PEREIRA : 788.878.794-00

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: 25/07/2018
Nome: FABIO SINDERLEY PEREIRA
CPF/CNPJ: 788.878.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

FABIO SINDERLEY PEREIRA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

De: Jose Carlos

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

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

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

Assunto: Protocolo

Vinicius

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

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

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

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



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

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

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

De: Arthur Frões

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

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

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

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

Atenciosamente,

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



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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FABIO S. P. F. R. PEREIRA
DATA DO ACIDENTE 22/11/2014 CPF DA VÍTIMA 288.828.794-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É PAI
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua João Pessoa
Nº 888 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENAS
CIDADE Nova Fátima UF PA CEP 58148-000
E-MAIL Cleilson_ferreira@novafloripa.com.br TELEFONE (81) 996250303

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☒ SIM ☐ NÃO
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- () LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- () NA 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
- (X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM 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)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () OUTROS DOCUMENTOS: _____
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM 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)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () OUTROS DOCUMENTOS: _____
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA 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 LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEREM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/04/2018

IDENTIDADE 59.342.586-1

ASSINATURA Fabio S. P. F. R.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 22/04/2018 MATR. CORREIOS 8416943

NOME PABLO FORTATO JENY, GARCIA

ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278881/18

Número do Sinistro: 3180351655

Vítima: FABIO SINDERLEY PEREIRA

CPF: 788.878.794-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2017

Titular do CPF: FABIO SINDERLEY
PEREIRA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Laudo do IML - Lesões corporais
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: 26/10/2018
Nome: FABIO SINDERLEY PEREIRA
CPF: 788.878.794-00

FABIO SINDERLEY PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278881/18

Número do Sinistro: 3180351655

Vítima: FABIO SINDERLEY PEREIRA

CPF: 788.878.794-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2017

Titular do CPF: FABIO SINDERLEY
PEREIRA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 06/12/2018
Nome: FABIO SINDERLEY PEREIRA
CPF: 788.878.794-00

FABIO SINDERLEY PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278881/18

Número do Sinistro: 3180351655

Vítima: FABIO SINDERLEY PEREIRA

CPF: 788.878.794-00

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/11/2017

Titular do CPF: FABIO SINDERLEY PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Laudo do IML - Lesões corporais
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: 26/10/2018
Nome: FABIO SINDERLEY PEREIRA
CPF: 788.878.794-00

FABIO SINDERLEY PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278881/18

Número do Sinistro: 3180351655

Vítima: FABIO SINDERLEY PEREIRA

CPF: 788.878.794-00

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SINDERLEY PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 06/12/2018
Nome: FABIO SINDERLEY PEREIRA
CPF: 788.878.794-00

FABIO SINDERLEY PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana