

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 4020-1596 (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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028081 **Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA**

Data do Acidente: 11/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO DE SA PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 4020-1596 (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, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028081 **Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA**

Data do Acidente: 11/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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 4020-1596 (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, 03 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028081 **Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA**

Data do Acidente: 11/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO DE SA PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FERNANDO DE SA PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000013558-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CFN da vítima:

092.920.864-13

Nome completo da vítima:

Fernando de Sá Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Fernando de Sá Pereira

Profissão:

Recurso

Endereço:

Rua Francisco Teixeira da Siqueira

Cidade:

Aporecida

Estado:

PB

CPF:

092.920.864-13

Número:

42

Complemento:

—

Bairro:

Centro

E-mail:

Veras.dpreat@hotmail.com

CEP:

58823000

Tel.(DDD):

(83) 9.9919-4397

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avalete uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 1355.8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, salvo o prosseguimento da ação, é de minha responsabilidade a apresentação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.119/74, art. 49, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso houver, de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado Viúvo Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(s): Sim Não Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, nome e endereço: Vítima deixou pais/vôos vivos? Sim Não Vítima deixou pais/vôos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso divida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Esqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que tal qualquer beneficiário ou herdeiro não virtuado poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 799 do Código Penal.

Local e Data: Sousa/PB, 18/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não autorizou a escrita de sua assinatura ou identificação, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casados, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

20 DEZ. 2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190028081
Nome do(a) Examinado(a): Fernando de Sa Pereira
Endereço do(a) Examinado(a): R Francisco Trajano da Silva, S/N
Centro Aparecida PB CEP: 58823-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3722291
Data local do acidente: [11/01/2018]
Data local do exame: [23/01/2019] Sousa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

LUXAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPÓIA POR 90 DIAS
Complicações: NÃO HOUVERAM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 13/01/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE APRESENTANDO DOR MODERADA A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA, MOVIMENTOS DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO BRAÇO COM RESTRIÇÃO SEVERA A MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA. DIMINUIÇÃO DA FORÇA NO MOVIMENTO DE ROTAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO(EXTERRA/INTERNA)

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA A MOBILIZAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO BRAÇO. MOVIMENTOS DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA E AMPLITUDE.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Fernando Achilles O. Vilar
DE FRANCISCO ACHILLES O. VILAR
MÉDICO
CRM/PB 9641



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 694/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**
Data do fato: **11.01.2018** HORÁRIO: **05H00min.**
Data de notícia do fato a Depol: **24.10.2018**
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

NOTIFICANTE: FERNANDO DE SÁ PEREIRA, BRASILEIRO(A), NATURAL DE SOUSA-PB, AGRICULTOR, CASADO, NASCIDO(A) EM 19.05.1990, FILHO(A) DE RICELIA DE SÁ PEREIRA E FRANCISCO PEREIRA DA SILVA, RESIDENTE NA RUA FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 42, CENTRO - APARECIDA - PB

VÍTIMA: O PRÓPRIO DECLARANTE

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos a vítima FERNANDO DE SÁ PEREIRA, ERA CONDUZIDO COMO PASSAGEIRO NO VEÍCULO I/TOYOTA HILUX CD4X4 SR, PLACA OSS6928/PB, CHASSI 8AJFY22G0E8013217, RENAVAM 0100428080-4, MATRICULADA EM NOME DE CICERA ALVES DA SILVA QUANDO O VEICULO ERA CONDUZIDO PELA PESSOA DE ANTONIO CLAUDIO, CONHECIDO "COLORAU"; QUE ao trafegar na rodovia BR 230, entre as cidades de Cajazeirinhas e São Bentinho -PB, o motorista sobrou em uma curva, perdendo o controle e vindo a capotar várias vezes; QUE foi socorrido ao Hospital Regional de Pombal -HRP, face a gravidade das lesões; QUE A VÍTIMA SOFREU FRATURA NO OMBRO ESQUERDO, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; Por este motivo a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 24 de outubro de 2018.

X Fernando de Sá Pereira

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

*Elisangela N. Dantas
Escrivã de Policial
Mat 155719-0*

POLEGAR
DIREITO

20 DEZ. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 694/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**
Data do fato: **11.01.2018** HORÁRIO: **05H00min.**
Data de notícia do fato a Depol: **24.10.2018**
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

NOTIFICANTE: FERNANDO DE SÁ PEREIRA, BRASILEIRO(A), NATURAL DE SOUSA-PB, AGRICULTOR, CASADO, NASCIDO(A) EM 19.05.1990, FILHO(A) DE RICELIA DE SÁ PEREIRA E FRANCISCO PEREIRA DA SILVA, RESIDENTE NA RUA FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 42, CENTRO - APARECIDA - PB

VÍTIMA: O PRÓPRIO DECLARANTE

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos a vítima FERNANDO DE SÁ PEREIRA, ERA CONDUZIDO COMO PASSAGEIRO NO VEÍCULO I/TOYOTA HILUX CD4X4 SR, PLACA OSS6928/PB, CHASSI 8AJFY22G0E8013217, RENAVAM 0100428080-4, MATRICULADA EM NOME DE CICERA ALVES DA SILVA QUANDO O VEICULO ERA CONDUZIDO PELA PESSOA DE ANTONIO CLAUDIO, CONHECIDO "COLORAU"; QUE ao trafegar na rodovia BR 230, entre as cidades de Cajazeirinhas e São Bentinho -PB, o motorista sobrou em uma curva, perdendo o controle e vindo a capotar várias vezes; QUE foi socorrido ao Hospital Regional de Pombal -HRP, face a gravidade das lesões; QUE A VÍTIMA SOFREU FRATURA NO OMBRO ESQUERDO, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; Por este motivo a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 24 de outubro de 2018.

X Fernando de Sá Pereira

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

*Elisangela N. Dantas
Escrivã de Policial
Mat 155719-0*

POLEGAR
DIREITO

20 DEZ. 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CFN da vítima:

092.920.864-13

Nome completo da vítima:

Fernando de Sá Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Fernando de Sá Pereira

Profissão:

Recurso

Endereço:

Rua Francisco Teixeira da Siqueira

Cidade:

Aporecida

Estado:

PB

CPF:

092.920.864-13

Número:

42

Complemento:

—

Bairro:

Centro

E-mail:

Veras.dpreat@hotmail.com

CEP:

58823000

Tel.(DDD):

8379.9919-4397

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avalete uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 1355.8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, salvo o prosseguimento da ação, é de meu conhecimento que a efetivação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.119/74, art. 49, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso houver, de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado Viúvo Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(s): Sim Não Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, nome e endereço: Vítima deixou pais/vôos vivos? Sim Não Vítima deixou pais/vôos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso divida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Esqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que tal qualquer beneficiário ou herdeiro não virtuado poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 799 do Código Penal.

Local e Data: Sousa/PB, 18/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não autorizou a escrita de sua assinatura ou identificação, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casados, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

20 DEZ. 2018

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

AZUL VERDE AMARELA LARANJA VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Fernando da Silveira

COR: Perol DATA DE NASCIMENTO: 29/05/90 IDADE: 27 SEXO: M

NOME DA MÃE: Lucila da Silveira PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: K6 092.320.864 - 43

MUNICÍPIO: 20 Ano 10 Tapuio ENDEREÇO: _____

ESTADO: PI CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/10/2018

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO? () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Alucinação que não deixa de ser
de Dentes é bruxo Esquenta
de Dentes deixa de ser

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1º Agm 1000 x. 2º _____

2º Dr. Pimentel 1000 6/6 07/10

3º Agm 1000 07/10

4º Agm 1000 07/10

5º Agm 1000 07/10

6º Agm 1000 07/10

7º Agm 1000 07/10

8º Agm 1000 07/10

9º Agm 1000 07/10

10º Agm 1000 07/10

11º Agm 1000 07/10

12º Agm 1000 07/10

13º Agm 1000 07/10

14º Agm 1000 07/10

15º Agm 1000 07/10

16º Agm 1000 07/10

17º Agm 1000 07/10

18º Agm 1000 07/10

19º Agm 1000 07/10

20º Agm 1000 07/10

DR. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9251

20 DEZ. 2018

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

AZUL VERDE AMARELA LARANJA VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Fernando da Silveira

COR: Perol DATA DE NASCIMENTO: 29/05/90 IDADE: 27 SEXO: M

NOME DA MÃE: Lucila da Silveira PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: K6 092.320.864 - 43

MUNICÍPIO: 20 Ano 10 Tapuio ENDEREÇO: _____

ESTADO: PI CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/10/2018

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO? () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Alucinação que não deixa de ser
de Dentes e braço Esquerdo
de Dentes e braço Esquerdo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1º Agm 1000 x. 2º _____

2º Dr. Pimentel 1000 6/6 07/10

3º Agm 1000 07/10

4º Agm 1000 07/10

5º Agm 1000 07/10

6º Agm 1000 07/10

7º Agm 1000 07/10

8º Agm 1000 07/10

9º Agm 1000 07/10

10º Agm 1000 07/10

11º Agm 1000 07/10

12º Agm 1000 07/10

13º Agm 1000 07/10

14º Agm 1000 07/10

15º Agm 1000 07/10

16º Agm 1000 07/10

17º Agm 1000 07/10

18º Agm 1000 07/10

19º Agm 1000 07/10

20º Agm 1000 07/10

Dr. Paulo Melo
Medico
CRM/PB 5374
CPF: 024.423.944-48
250835

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9251

20 DEZ. 2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO DE SA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000013558-7

Nr. da Autenticação B28DAA666284FC79

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Círino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
71051511
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SET/2018

JAHMA FELIX DE SOUSA SA
RUA FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 42 - CENTRO *
APARECIDA PB 58823-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável			
			Residencial	Comercial	Industrial	Outros
188.001.113.022-009	000	1	0	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A028072128	26/05/2014	EXT LACRADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
548	550	2	51	14/10/2018		
HIST. CONS. ANO: LEST. QUALID. ÁGUA-ANEXO ZO PORT. 05/2017 HS.						
AGO/2018 6	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES			
JUL/2018 4	TURBIDEZ	0	0			
JUN/2018 5	CLORO	0	0			
MAI/2018 6	COL. TÉRMOT	0	0			
ABR/2018 3	COR	0	0			
MAR/2018 4	COL. TOTAIS	0	0			
MEDIA(M)	4					
			DADOS REFERENTES A: JUL/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 15/09/2018	15/09/2018	CONSUMO	TOTAL(R\$)
DESCRICAÇÃO			
ÁGUA			
RESIDENCIAL UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	2 m3		10,56
ESGOTO			
ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANT. 07/2018			0,21
JUROS DE MORA 07/2018			0,02

VALOR ARROXADO DE TÍTULOS: R\$ 0,00 R\$ 1,00 CONFERIR LIG. 12-741-10
 VENCIMENTO: 01/10/2018 Total a Pagar: R\$ 10,79

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 3
CONDICÃO DE FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:	
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEU JOGO GANHO!"	

20 DEZ. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

RG nº 2001097006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE,

CPF nº 973.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>José Fagundes de Lira</u>
Número	<u>5 N</u>
Apto / Complemento	<u>— 1 —</u>
Bairro	<u>Crato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 8181-8197 / (83) 9 9919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpri@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa - PB, 25/09/2018

Assinatura do Declarante: 

DOCUMENTO ORIGINAL

20 DEZ. 2018

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Círino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
71051511
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SET/2018

JAHMA FELIX DE SOUSA SA
RUA FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 42 - CENTRO *
APARECIDA PB 58823-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável				
			Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
188.001.113.022-009	000	1	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A028072128	26/05/2014	EXT LACRILICADO	POTENCIAL				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA							
548	550	2	51				14/10/2018
HIST. CONS. ANO: LEST. QUALID. ÁGUA-ANEXO ZO PORT. 05/2017 HS.							
AGO/2018 6			PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
JUL/2018 4			TURBIDEZ 0	0	0		
JUN/2018 5			CLORO 0	0	0		
MAI/2018 6			COL. TÉRMOT 0	0	0		
ABR/2018 3			COR 0	0	0		
MAR/2018 4			COL. TOTAIS 0	0	0		
MEDIA(M3)			DADOS REFERENTES A: JUL/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 15/09/2018	15/09/2018	CONSUMO	TOTAL(R\$)
DESCRICAÇÃO			
ÁGUA			
RESIDENCIAL UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	2 m3		10,56
ESGOTO			
ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANT. 07/2018			0,21
JUROS DE MORA 07/2018			0,02

VALOR ARROXADO DE TÍTULOS: R\$ 0,00 R\$ 1,00 CONFERIR LIG 12-741-10
VENCIMENTO: 01/10/2018 Total a Pagar: R\$ 10,79

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 3
CONDICÃO DE FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:	
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEU JOGO GANHO!"	

20 DEZ. 2018

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSE FAJANDES DE LIMA, 511 - Bairro FRET
SOUSA/PE/CEP: 58300-000/AG 177

Emissão: 04/12/2018 Referência: Dez/2018
Classe/Subsídio: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONOPÓLIO CCM-25 - Distrito Administrativo - João Pessoa PB - CEP 58007-1620
Roteiro: 1 - 177-10-1720 NF: 0000000001

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 00.095.783/0001-40 Inscrição: 16.016.011-0

Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica N° 10.387.149
Cód. para Débito Automático: 0000961320

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	04/12/2018	04/01/2019	892.613.164-68

UC (Unidade Consumidora): 5/696132-0

Canal de contato

- Exercício de aprovação da Reserva 2018 de 13 a 14 de dezembro de 2018
Reservado, apresentado às suas Organizações Militar

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 05/11/18	Lectura: 66050	Data: 04/12/18	Lectura: 66079	1
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Variação
			Base Cálculo (Alq.):	Base R\$ (Alq.):
			Base R\$ (Alq.):	Base R\$ (Alq.):
0601	Consumo em kWh	1037.000,00	0,029810	552,01 26 213,00 250,01 8,24 42,55
0603	Adm. B. Amarela	12,84	12,84 26 12,84 12,84 0,12 0,84	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	44,23	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0604	JURCS DE MCR4 10/2018	10,02	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0605	MULTA 10/2018	12,02	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	8,82	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL: 899,76 894,86 216,21 854,86 9,37 45,30

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

899 11/12/2018 R\$ 939,76

Histórico de Consumo (kWh)

397	1	379	1	473	1	864	1	711	1	831	1	655	1	694	1	903	1	710	1	852	1	735
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Out/18	Nov/18											

RESERVADO AO FISCO

2519.c74f.73cc.5d33.9009.0f18.656f 1eb2.

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIOMENSAL	± 1%	0,00
DISTRIMESTRAL	± 1%	NOMINAL
DISANUAL	± 1%	200
FIOMENSAL	0,00	CONTRATADA
FIOTRIMESTRAL	0,00	LIMITE INFERIOR
FIOSANUAL	0,00	LIMITE SUPERIOR
DIAC	0,00	200
DIOR	± 1,2%	

Composição do Consumo

Discriminado	Valor (R\$)	%
Demanda (0,00)	939,76	100,00
Consumo (0,00)	939,76	100,00
Total	939,76	100,00

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não pague a fatura relacionada à demanda com atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento só na data de vencimento não elimina a cobrança de débito suspenso estabelecido no contrato de fornecimento de energia elétrica, com exceção das tarifas de energia elétrica e de geração de energia elétrica. - Prazo de Fiança: 2 (dois) meses. - Fatura que não é paga na data de vencimento é considerada em atraso, mesmo que essa mensalização tenha sido confirmada.

Faturas em atraso

Nov/18 713,22

energisa
PARAÍBA

Roteiro: 1 - 177-10-1720
Matrícula: 696132-2018-12-5

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

11/12/2018 R\$ 939,76

83610000009-7 39760054000-9 06961322018-0 12500177019-2



20 DEZ. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

RG nº 2001097006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE,

CPF nº 973.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>José Fagundes de Lira</u>
Número	<u>5 N</u>
Apto / Complemento	<u>— 1 —</u>
Bairro	<u>Crato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 8181-8197 / (83) 9 9919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpri@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa - PB, 25/09/2018

Assinatura do Declarante: 

DOCUMENTO ORIGINAL

20 DEZ. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Ademir Vélez Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando de Sá Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.920.864/13, do sinistro de DPVAT cobertura Vimedidas da Vítima Fernando de Sá Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.920.864/13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Francisco de Paula</u>		Número	<u>S/N</u>	Complemento
Bairro	<u>Gado Preto</u>	Cidade	<u>Sousa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>Veronadpreat@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(83)9.9919-4307</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83/9.8181-8197</u>

Sousa - PB, 19 de Novembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Ademir Vélez Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando de Sá Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.920.864/13, do sinistro de DPVAT cobertura Vimedidas da Vítima Fernando de Sá Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.920.864/13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Francisco de Paula</u>		Número	<u>S/N</u>	Complemento
Bairro	<u>Gado Preto</u>	Cidade	<u>Sousa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>Veronadpreat@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(83)9.9919-4307</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83/9.8181-8197</u>

Sousa - PB, 19 de Novembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

AZUL VERDE AMARELA LARANJA VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Fernando da Silva Pereira DATA DE NASCIMENTO: 19/05/90 IDADE: 17 SEXO: M
COR: branca

NOME DA MÃE: Ricelly da Silva Pereira PROFISSÃO: _____
CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: RG 092.920.864-13

MUNICÍPIO: Itaipu ENDEREÇO: _____

ESTADO: PB CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 22/10/2015

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____
T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO? () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Plaquetas baixas Spuello de dor
do dente é buco e gengiva
07/07 Gerdau Bruto nambu

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1º golpe 1000 x. 2:

2º Dipropetidol 600 07/10

3º Ulcex 75 mg 12/12

4º Ulcex 75 mg 12/12

5º Ulcex 75 mg 12/12

6º Ulcex 75 mg 12/12

7º Ulcex 75 mg 12/12

8º Ulcex 75 mg 12/12

9º Ulcex 75 mg 12/12

10º Ulcex 75 mg 12/12

11º Ulcex 75 mg 12/12

12º Ulcex 75 mg 12/12

13º Ulcex 75 mg 12/12

14º Ulcex 75 mg 12/12

15º Ulcex 75 mg 12/12

16º Ulcex 75 mg 12/12

17º Ulcex 75 mg 12/12

18º Ulcex 75 mg 12/12

19º Ulcex 75 mg 12/12

20º Ulcex 75 mg 12/12

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 0251

20 DEZ. 2016

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

R. 607 faturada

*ON: Anne + Ana Gené
Fisio tensão
Análise de fatores*

ASS./COREN:

*Júlio Alberto
COREN-PB 0224*

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- 1 - PRESCRIÇÃO
- 2 - APLICADA

OBSERVAÇÃO
 OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- RESIDÊNCIA
- ÓBITO

INTERNAÇÃO
 OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0 3 0 1 0 6 0 0	2	1	4	

--	--	--	--	--

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE (S) CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

✓ BIAV DE RECEIRA DA SII/II

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

20 DEZ. 2018



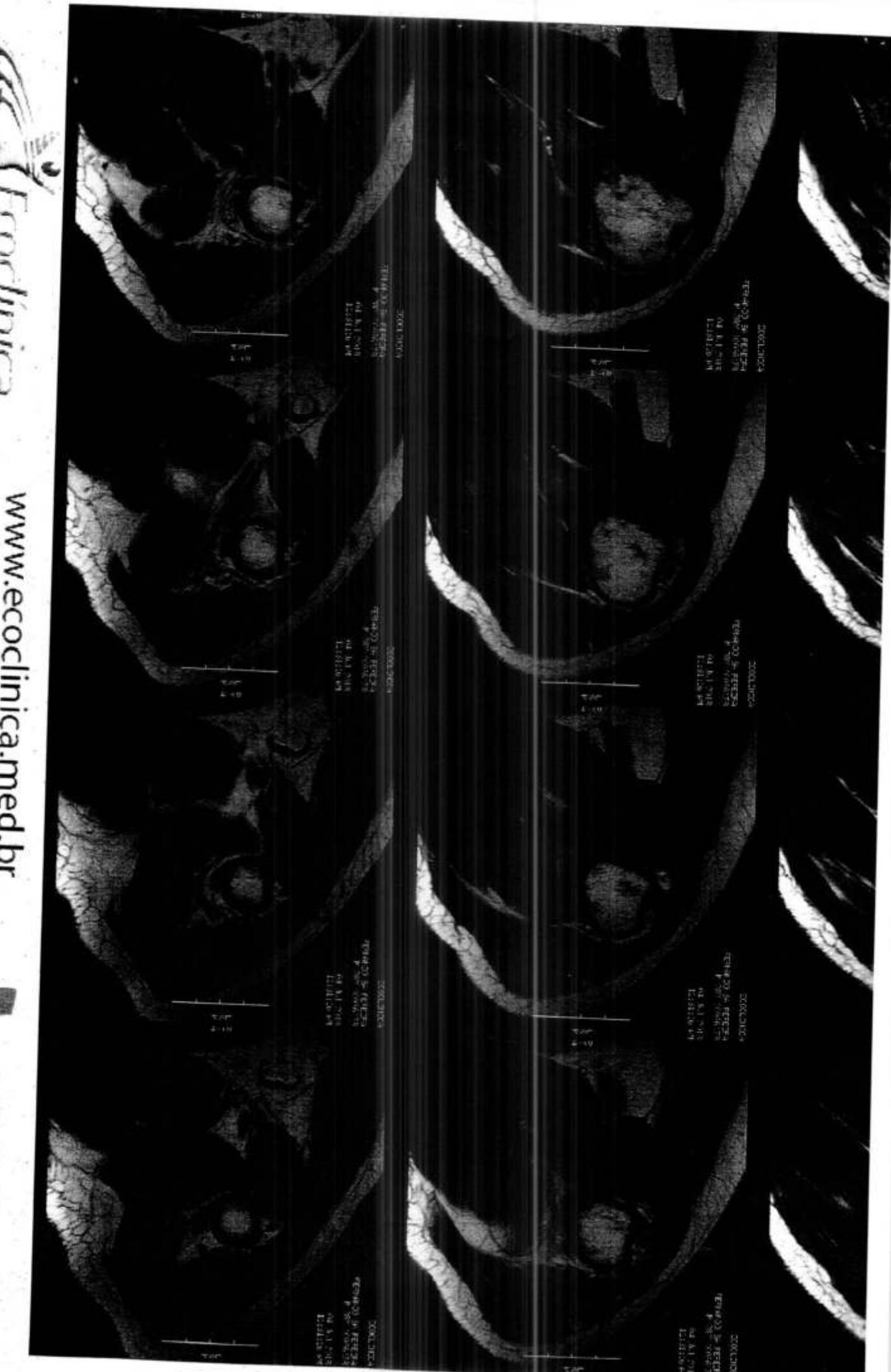
www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444







Rua Corálio Soares de Oliveira 305 - Centro

www.ecoclinica.med.br

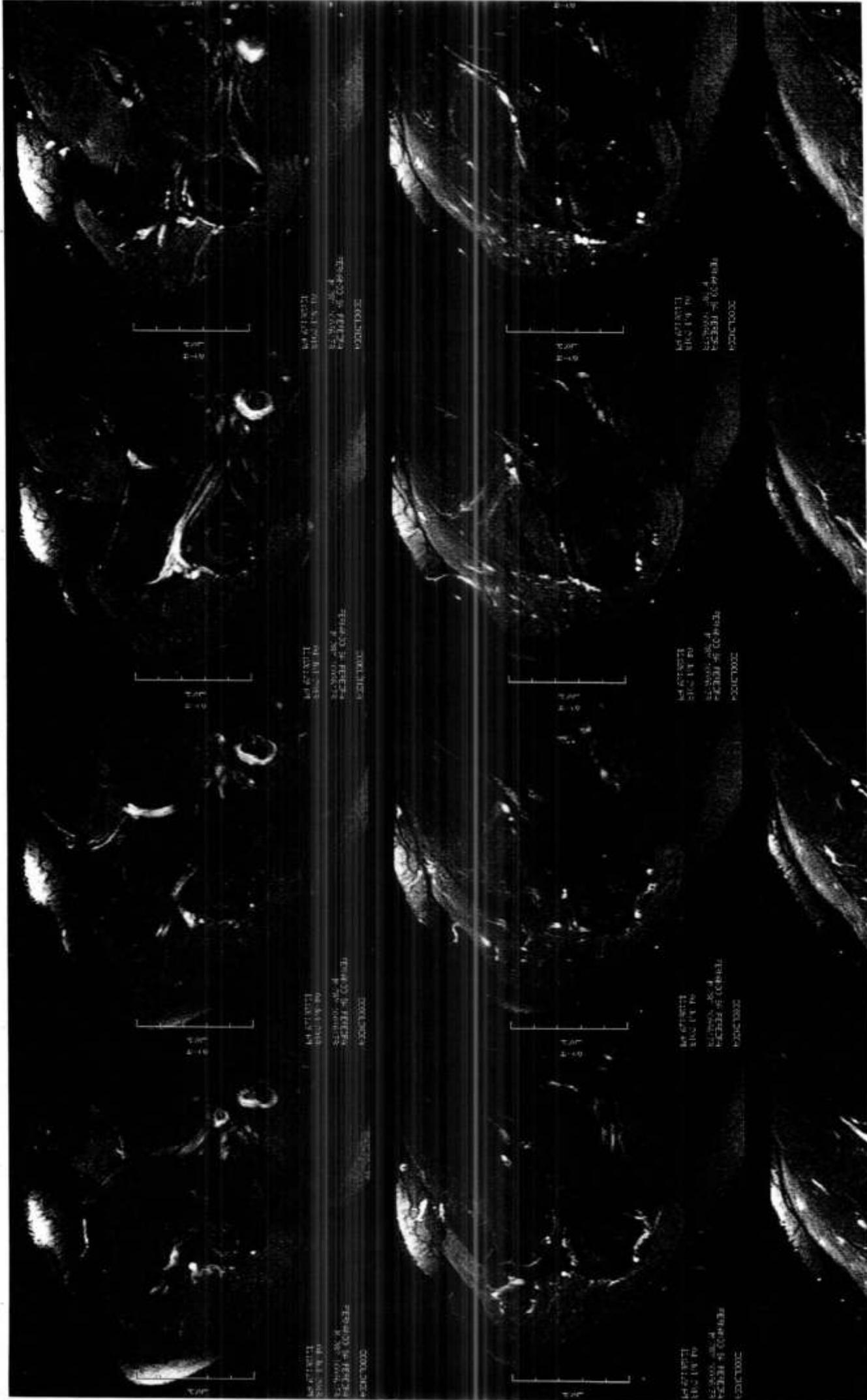
(83) 3049-4444





www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro

 (83) 3049-4444



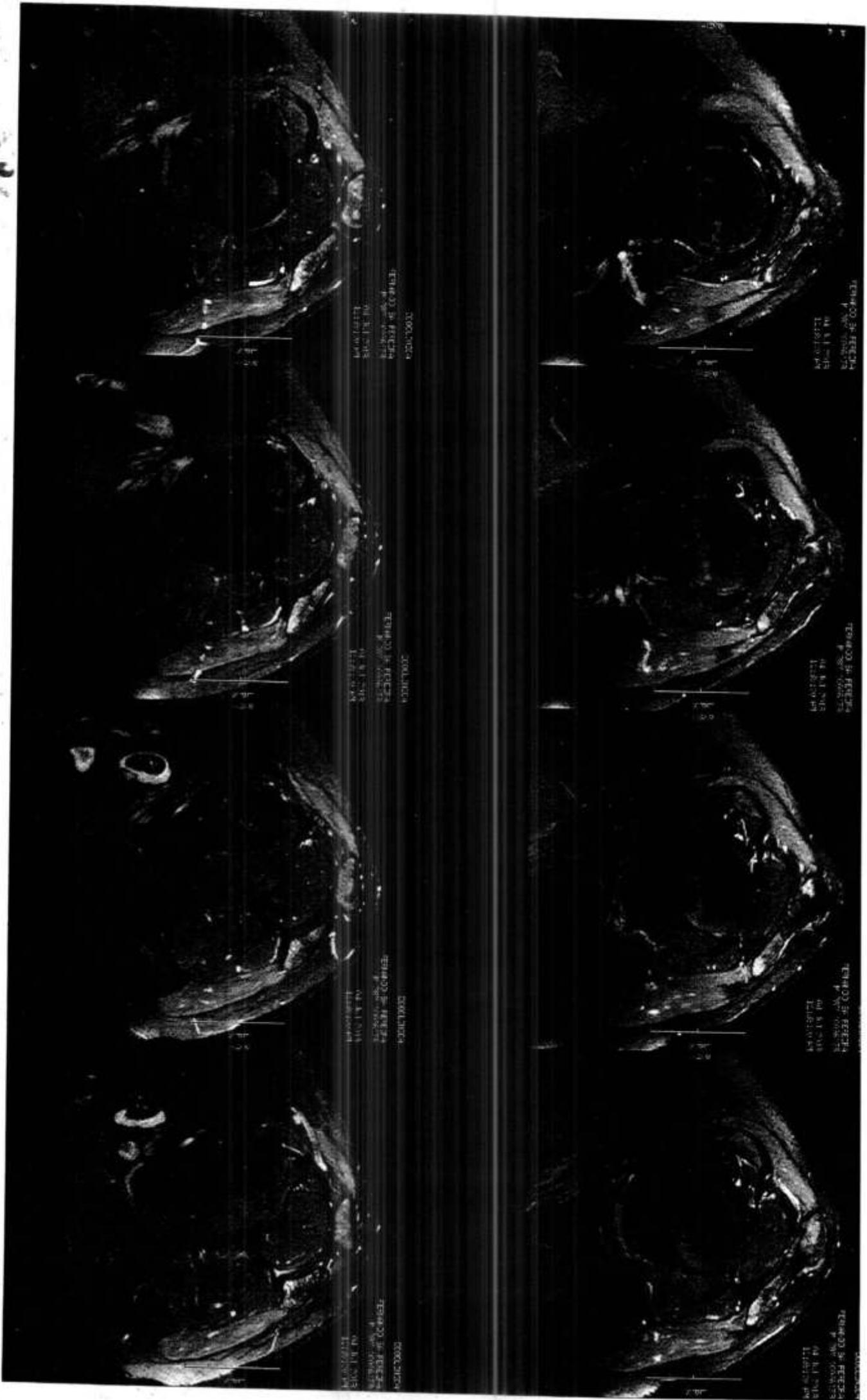


www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444



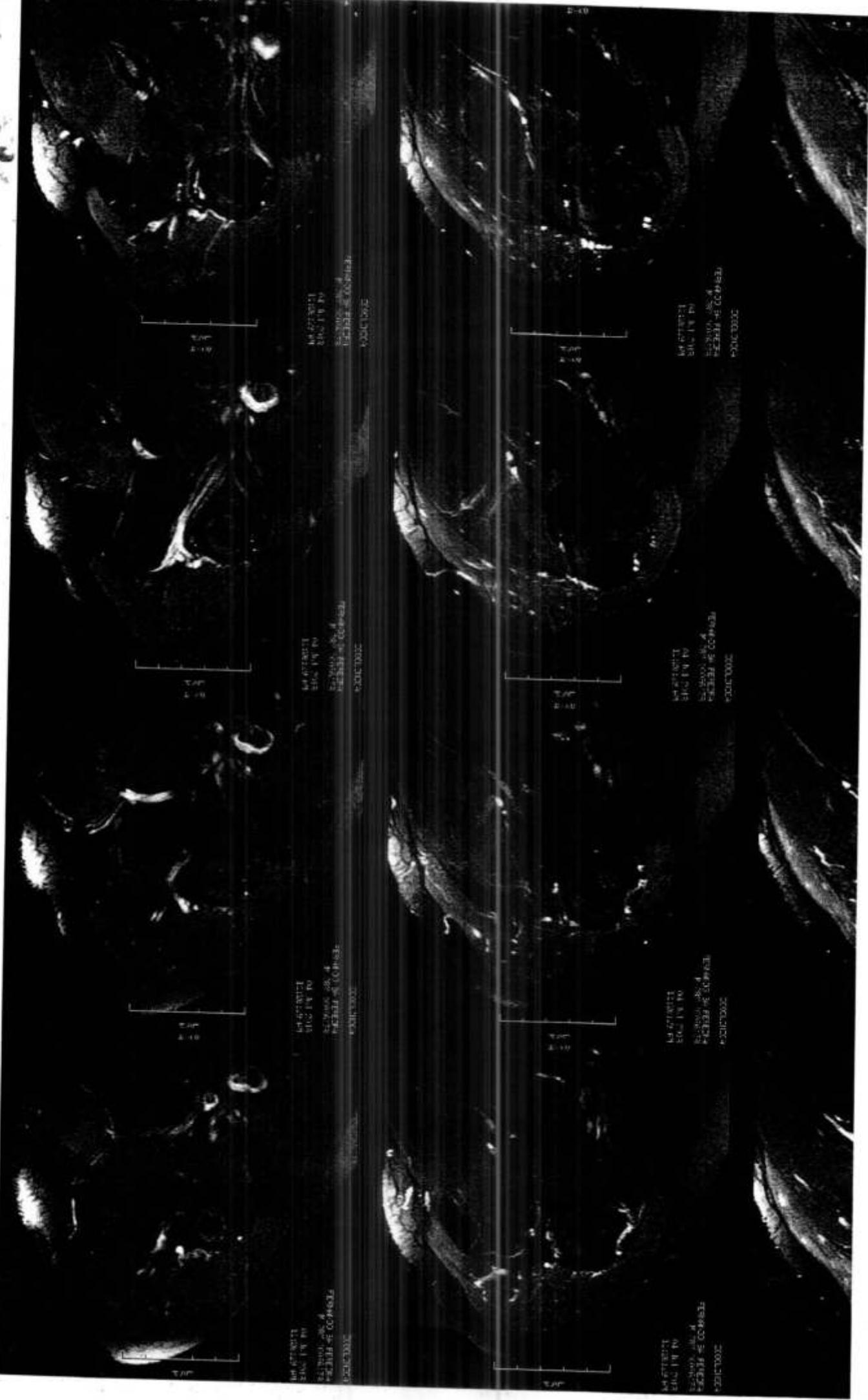


www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

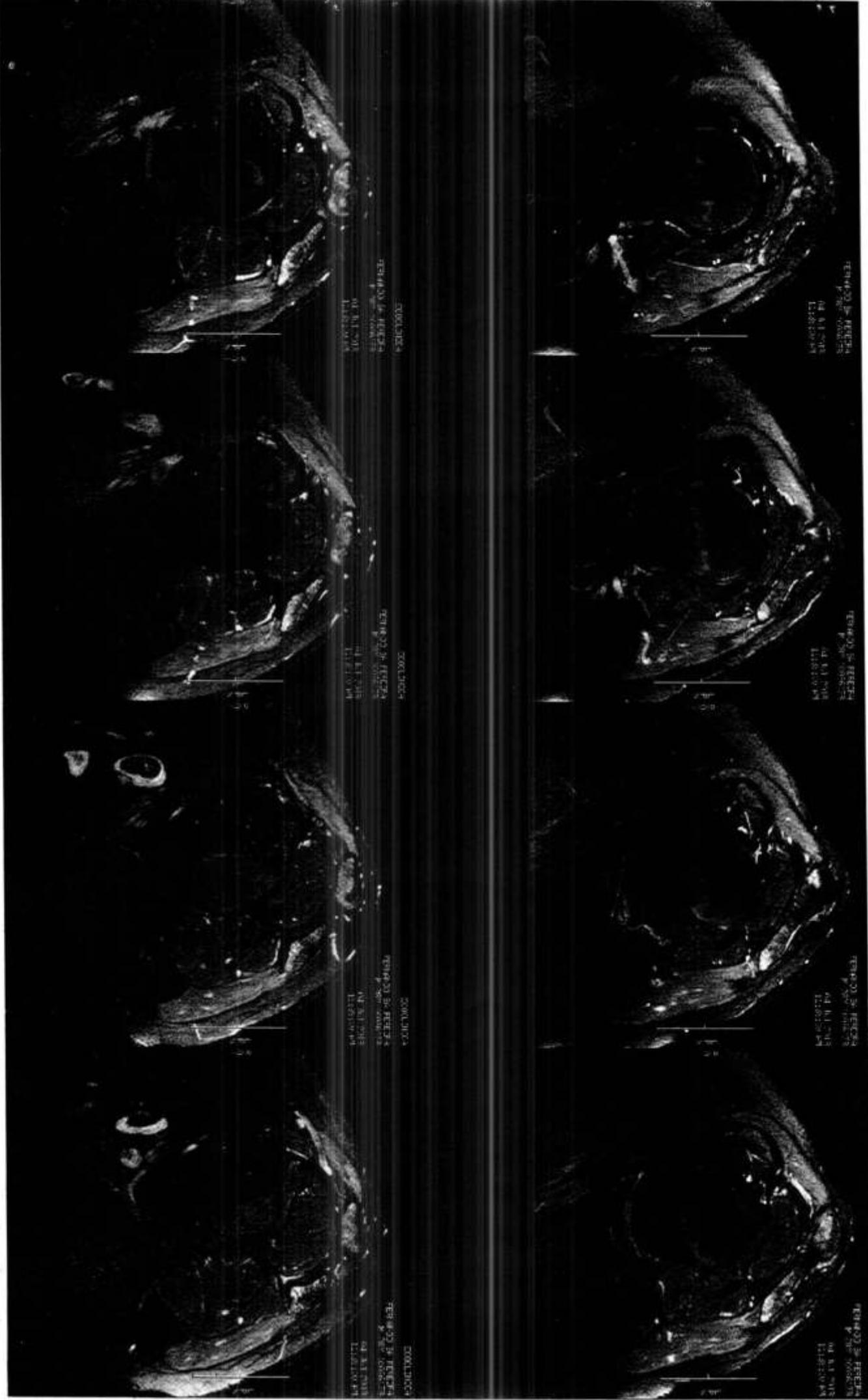




Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro

(83) 3049-4444

www.ecoclinica.med.br



ATENDIMENTO: 018 - 0008598
Cliente : FERNANDO SA PEREIRA
Solicitante : DIEGO S SANTIAGO
Data Nasc.: 19/05/1990

Av. Corálio Soares de Oliveira, 305
Centro - João Pessoa - PB
CEP 58.013-260
Fone (83) 3049.4444
www.ecoclinica.med.br

Data Entrada: 04/07/2018
Convênio: SUS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO ESQUERDO

Metodologia:

Planos Axial, Sagital e Coronal, sequências SPIN-ECO, contraste ponderado em T1.
Planos Sagital, Coronal e Axial, sequências SPIR, contraste ponderado em T2, com supressão de gordura.
Plano Axial com a técnica GRADIENTE-ECO (FFE), contraste ponderado em T2*.

Comentários:

Não há derrame articular.

Espaço articular glenoumeral preservado.

Adelgaçamento da cartilagem glenoumeral.

Lábruns glenoideanos de aspecto anatômico.

Áreas de degeneração fibrocística com discreto edema medular acometendo a cabeça umeral no seu aspecto anterior.

Tendão da cabeça longa do bíceps de calibre e morfologia habitual, locado no suco intertuberositário, sem sinais de luxação no presente estudo.

Ligamento transverso do úmero de aspecto habitual.

Manguito rotador apresentando:

- Tendão do supra-espinhal finamente heterogêneo em sua projeção de zona crítica.
- Tendão do infra-espinhal de configuração habitual, sem sinais de espessamento.
- Tendão do subescapular finamente heterogêneo, levemente espessado na sua inserção junto ao tubérculo menor do úmero.
- Tendão do redondo maior de configuração anatômica.

Anatomia preservada da bolsa subacrômio/subdeltoidea.

Acrônio tipo II de Bigliani.

Espessamento cápsulo-ligamentar acrônio-clavicular.

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas podem se modificar de acordo com a história manual da doença ou investigação mais profunda.

ATENDIMENTO: 018 - 0008598
Cliente : FERNANDO SA PEREIRA
Solicitante : DIEGO S SANTIAGO
Data Nasc.: 19/05/1990

Av. Cordílio Soares de Oliveira, 305
Centro - João Pessoa - PB
CEP 58.013-260
Fone (83) 3049.4444
www.ecoclinica.med.br

Data Entrada: 04/07/2018
Convênio: SUS

Demais planos músculo-tendíneos, bem como estruturas ósseas que compõem o ombro esquerdo de aspecto, morfologia e intensidade de sinal preservados.

CONCLUSÃO

- Ressonância Magnética do ombro esquerdo evidenciando:
 - 1- Condropatia inicial glenoumeral.
 - 2- Tendinopatia do tendão subescapular.
 - 3- Acrômio tipo II de Bigliani.
 - 4- Artropatia ósteo-hipertrófica acrômio-clavicular.
 - 5- Edema medular ósseo acometendo a cabeça umeral no seu aspecto anterior.

Laudado por: LEONARDO FRANCO FELIPE e Assinado por: CRM-PB:5263 - LEONARDO FRANCO FELIPE



CRM 5263 DR. LEONARDO FELIPE

20 DEZ. 2018

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas podem se modificar de acordo com a história manual da doença ou investigação mais profunda.

Relatório Médico

Paciente **Fernando de Sá Pereira**, 28 anos, vítima de acidente com carro (capotamento) na rodovia que liga Cajazeirinhas- PB a São Bentinho, BR 230- PB no dia 11/01/2018 com BO de número 694/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, luxação no ombro esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização no **MSE** com uso de tipoia por um período de 90 dias e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 10 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 14/05/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Ombro esquerdo apresenta edema residual muito importante, parestesia no **MSE**, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de elevação e abdução, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão, extensão adução, abdução horizontal e rotação (externa e interna) e diminuição da ADM do **MSE** para as AVDs.

Do exposto, concluo que há limitação em 50% da capacidade funcional do **MSE**.

Sousa, 08.01.2019

Dra Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM-PB 8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

11 JAN. 2019

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

 AZUL VERDE AMARELA LARANJA VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Fernando da SilveiraCOR: Branco DATA DE NASCIMENTO: 29/05/90 IDADE: 19 SEXO: MNOME DA MÃE: Ricilia da Silveira PROFISSÃO: _____CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: K6092.920.864-13MUNICÍPIO: Rio Novo do Tapajós ENDEREÇO: _____ESTADO: PA CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 21/10/2019

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO? () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Passou da quarta de São
de Outubro é bravo e queijo
00707 Cedreli automóvel

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1º 200g 1000 x 2:2º Dr. Pimenta 1000 6/6 07/103º Dr. Pimenta 1000 6/6 07/104º Volfrey 75 mg x 12/125º Volfrey 75 mg x 12/126º Triamaf 50+100 12/127º Triamaf 50+100 12/128º Blank9º Blank10º Blank11º Blank12º Blank13º Blank14º Blank15º Blank16º Blank17º Blank18º Blank19º Blank20º Blank

DR. Túlio Alberto
 ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM/PIB 5374
 MRE 9251

11 JAN. 2019

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Ry bon farto.

OU: Ape + Anorexia
Fisio constip.

Anorexia farto.

ASS./COREN:


Dr. Túlio Berto
M.D.
COREN-PB

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- 1 - PRESCRIÇÃO
- 2 - APLICADA

OBSERVAÇÃO
 OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- RESIDÊNCIA
- ÓBITO
- INTERNAÇÃO
- OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

0 3 0 1 0 6 0 0 - 9

ATIV. PROF.

2 2

TIPO ATEND.

1 1

GRUPO ATEND.

4 4

FAIXA ETÁRIA

1 1

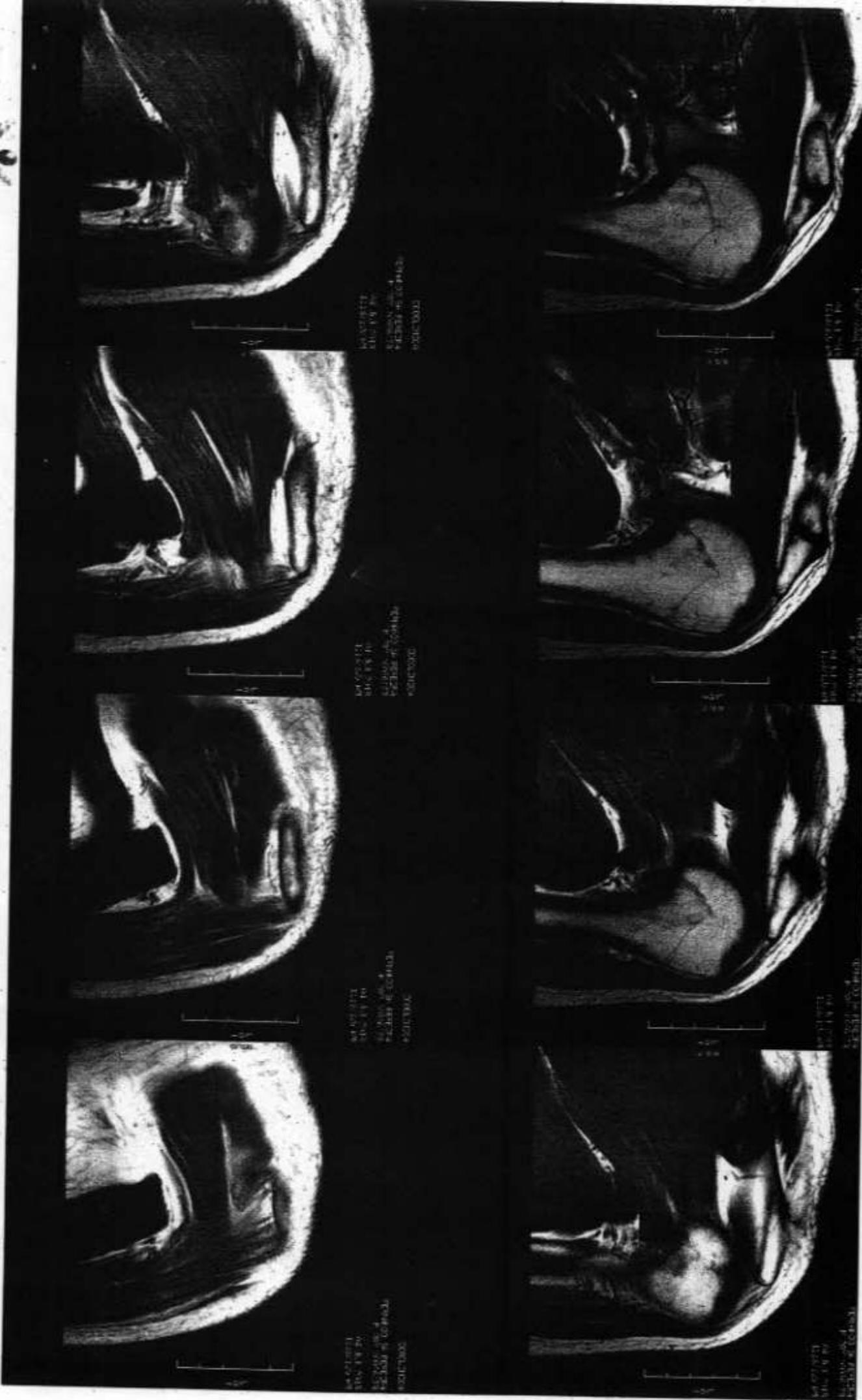
ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) CARIMBO (S)

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

11 JAN. 2019





Ecoclinica
Saúde, Diagnóstico

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

www.ecoclinica.med.br



www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444



EcoClinica

Medicina da Gesto

www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

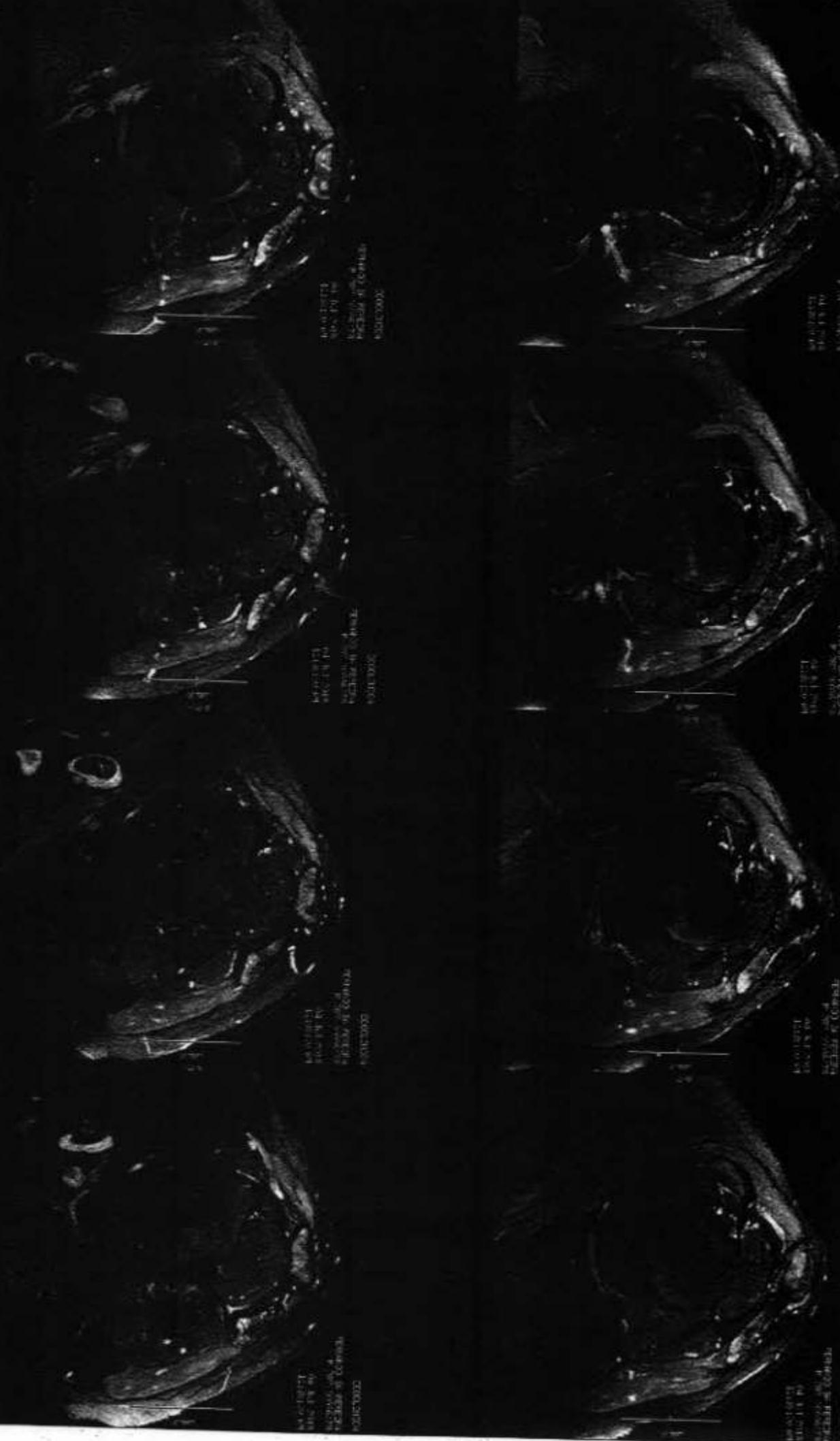


Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

www.ecoclinica.med.br





Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro

(83) 3049-4444

www.ecoclinica.med.br



Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

www.ecoclinica.med.br

ATENDIMENTO: 018 - 0008598

Cliente : **FERNANDO SA PEREIRA**
Solicitante : DIEGO S SANTIAGO
Data Nasc.: 19/05/1990

Data Entrada: 04/07/2018
Convênio: SUS

Demais planos músculo-tendíneos, bem como estruturas ósseas que compõem o ombro esquerdo de aspecto, morfologia e intensidade de sinal preservados.

CONCLUSÃO

- Ressonância Magnética do ombro esquerdo evidenciando:
 - 1- Condropatia inicial glenoumral.
 - 2- Tendinopatia do tendão subescapular.
 - 3- Acrômio tipo II de Bigliani.
 - 4- Artropatia ósteo-hipertrófica acrômio-clavicular.
 - 5- Edema medular ósseo acometendo a cabeça umeral no seu aspecto anterior.

Laudado por: LEONARDO FRANCO FELIPE e Assinado por: CRM-PB:5263 - LEONARDO FRANCO FELIPE



CRM 5263 DR. LEONARDO FELIPE

11 JAN. 2019





20 DEZ. 2018



20 DEZ 2018



20 DEZ. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

N.º 012650476526

74355085453

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20161200009710-9

VIA

1

0100428080-4

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

CICERA ALVES DA SILVA

SITIO CAIS SN

ZONA RURAL

58815000 S J LAGOA TAPADA-PB

CPF/CNPJ

01096889374

PLACA

OSS6928/PB

NOME ANTERIOR

FRANCISCO PRAXEDES DE ALENCAR

PLACA ANT/UF

OSS6928 CE

CHASSI

8AJFY22G0E8013217

COMBUSTÍVEL

DIESEL

ESPECIE TIPO

ESP/CAMINHONETE/ABER/CC. DUP

MARCA/MODELO

I/TOYOTA HILUX CD4X4 SR

ANO FAB.

2014

ANO MOD.

2014

G/P/POT/CIL

05P/1.01T/171CV

CATEGORIA

PARTIC

COR FUNDIMINANTE

BRANCA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N.Motor : 1KUA405779

2 EIXOS

S J LAGOA TAPADA-PB

14001

DATA

01/08/2016

15016



1 - CARTÓRIO SANTO ANTONIO MOLANDE

20 DEZ. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028081 **Cidade:** Cajazeirinhas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTANDO DOR MODERADA A MOBILIAÇÃO PASSIVA E ATIVA, MOVIMENTOS DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO BRAÇO COM RESTRIÇÃO SEVERA A MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA. DIMINUIÇÃO DA FORÇA NO MOVIMENTO DE ROTAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO(ESTERNA/INTERNA)

Resultados terapêuticos: PACIENTE APRESENTANDO CONDROPATHIA GLENOUMERAL, TENDINOPATIA DO TENDÃO SUBESCAPULAR, ATROFIA ÓSTEO-HIPERTROFICA ACRÔMIO-CLAVICULAR, EDEMA MEDULAR ÓSSEO EM CABEÇA DO ÚMERO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fernando de Sá Pereira
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 3722291
CPF: 093 920.864-13
Profissão: Revisor
Endereço: Rua Francisco Trajano 16 S/ob, N° 42
Centro, Aracati - PB

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT

para

a

vítima

Fernando de Sá Pereira

Sousa-PB, 19/12/2018
Local e data

Fernando de Sá Pereira
Assinatura do Outorgante

20 DEZ. 2018

VIA DE VERSO

20/12/2018 — Firma — Ruths Paixão
Tenho a honra de informar que
Sérgio — —
SEGUROFAR - AHP-60356-HLSS
Pecuária - PB, 18/10/2018, dou fé
desse testamento.
da verdade.

Helder Amâncio de Queiroz Paixão
OFICIAL
CPF 098.913.704-49



Cartório Único de Aparecida
Rua Otávio José de Almeida, 31
Centro - CEP 58823-000
Aparecida - PB

20 DEZ. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012469/19

Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA

CPF: 092.920.864-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/01/2018

Titular do CPF: FERNANDO DE SA PEREIRA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FERNANDO DE SA PEREIRA : 092.920.864-13

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: 11/01/2019
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL