

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: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

708.974.464-70 Glydson Santos Ferreira

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

Nome completo: Glydson Santos Ferreira
 Profissão: Pintor Endereço: Av. Souza Rangel
 Bairro: Vargão Cidade: João Pessoa
 E-mail: Estado: PB CEP: 58070-070
 Tel.(DDD):

CPF: 708.974.464-70

Número: 148 Complemento: -

CEP: 58070-070

Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 (assinalar 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, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS / PREVIDÊNCIA S.A.

1º | Nome: _____

CPF: _____

30 JAH. 2010

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTACOLO

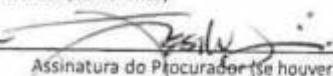
Assinatura: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Glydson Santos Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	708.974.464-70	Gleydson Santos Ferreira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	708.974.464-70
Profissão:	Endereço:	Número:		148
Bairro:	Cidade:	Complemento:		-
E-mail:	Estado:		CEP:	58070-070
Tel.(DDD):				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 109.311 (Informar o dígito se existir) CONTA: 109.311 (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE
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 (assinalar 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, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE
~~DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE~~

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE
Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS *✓ 1.º PREV. PREVIDÊNCIA S.A.*

1º | Nome: _____

CPF: _____

30 JAH. 2010

PROTOCOLO

Assinatura _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gleydson Santos Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

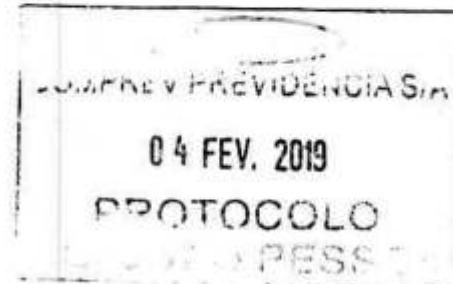
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

1033 - agencia
Goldsen Santos
Ferreira
sp. 01
conta - 109.311.2





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00429.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00429.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 11 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Gleydso Santos Ferreira**, CPF nº 708.974.464-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pintor, filho(a) de Paulo Santos de Oliveira e Francisco das Chagas Ferreira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/09/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Souza Rangel, Nº 148, bairro Varjão, tendo como ponto de referência Varjão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98646-3070.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua São Geraldo, Próximo a Feira de Jaguaribe., João Pessoa/PB, bairro Varjão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/06/18 22:28h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 11/06/2018 por volta das 22:28 horas quando transitava, pela Rua São Geraldo, Varjão nas proximidades da feira de Jaguaribe, cidade de João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA NXR 160 BROS ano e modelo: 2017/2017, de cor branca de placa: OFE2992/PB CHASSI: 9C2KD1000HR010639 pertencente a THUALIS BELANIO DA SILVA GOMES; Que segundo o mesmo seguia normalmente sentido Jaguaribe/Varjão que estava pilotando na sua mão quando surgiu um veículo não identificado/que fugiu do local que vinha na outra faixa sentido contrário do declarante e fez uma manobra abruptamente sem sinalizar para entrar numa rua paralela; invadindo a via do declarante e fazendo com que a moto conduzida pelo declarante se chocasse com o referido veículo; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar, Que foi socorrido por veículo particular e levado ao COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA conforme CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE nº 1195/2018, Prontuário de nº 2018.06.001548 vítima de FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITA E FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DE 4º E 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

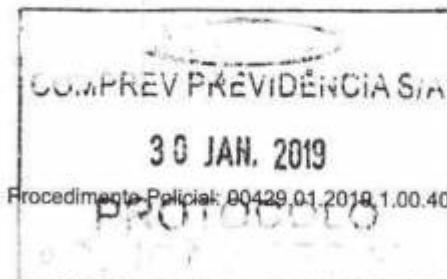
João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

GLEYDSO SANTOS FERREIRA

Noticiante



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: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

708.974.464-70 Glydson Santos Ferreira

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

Nome completo: Glydson Santos Ferreira
 Profissão: Pintor Endereço: Av. Souza Rangel
 Bairro: Vargão Cidade: João Pessoa
 E-mail: Estado: PB CEP: 58070-070
 Tel.(DDD):

CPF: 708.974.464-70
 Número: 148 Complemento: -

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 (assinalar 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, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS / PREVIDÊNCIA S.A.

1º | Nome: _____

CPF: _____

30 JAH. 2010

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTACOLO

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

#0 gto pedie

Painete com dor, edeme e deform
de um punho de bicos tric
me por oridante de meto

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

05 s: 5 e alimentare
por volta das 1h: 00' hrs
(Sopro).

HD: Fratture da rághi
distali (D) + 5° ord

col: Reduções i merum
sob sedes.

Dr. Everton T. Vasconcelos
MEDICO
CRM-PB. 8612

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

DA ENFERMAGEM
ao Redzodul
Sertanejo e
Estrelado +
De de csg. Inovante
Julio Cesar

11180000 18587

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 13/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

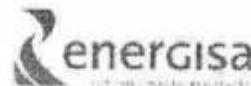
CONTA: 000000109311-2

Nr. da Autenticação 08CDF1A566F68A0E

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Este documento não é vedor fiscal.
Este documento não é segunda-via da conta.
Boleto para simples pagamento da conta fiscalizada da energisa energia.

Nº 017.366.054



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-486
CNPJ 09.565.183/0001-48 - Inscrição 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
Av. SOUZA RANGEL 148
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/488642-0

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2018

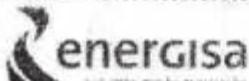
19/12/2018

259

27/12/2018

R\$ 195,86

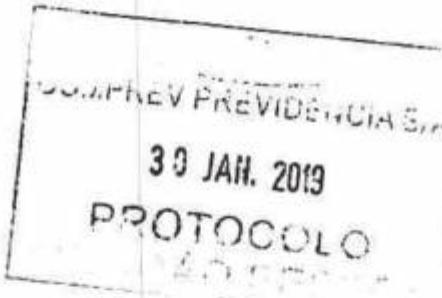
Acesse: www.energisa.com.br



LIGAR(AQUI)

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
Roteiro: 12-002-412-5700
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/12/2018

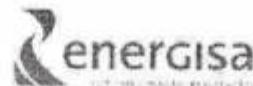
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/12/2018	R\$ 195,86	488642-2018-12-5



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Este documento não é vedor fiscal.
Este documento não é segunda-via da conta.
Boleto para sempre pagamento da conta fiscalizada da energisa energia.

Nº 017.366.054



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-486
CNPJ 09.565.183/0001-48 - Inscrição 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
Av. SOUZA RANGEL 148
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/488642-0

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2018

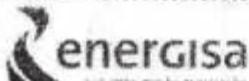
19/12/2018

259

27/12/2018

R\$ 195,86

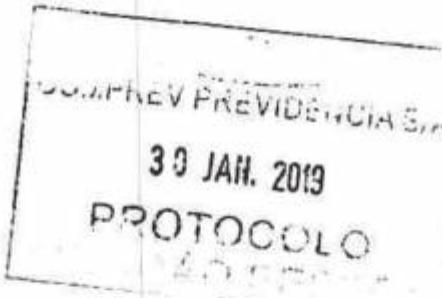
Acesse: www.energisa.com.br



LIGAR(AQUI)

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
Roteiro: 12-002-412-5700
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/12/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/12/2018	R\$ 195,86	488642-2018-12-5



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE DE POLICIA FEDERAL 157 - SALÃO - VANDAVERA
JOAO PESSOA/PB/COR 99999490-11

energisa

ENERGIA FÍSICA, FÍSICA QUÍMICA, ENERGIA SÍN-
TETICA, ENERGIA QUÍMICA, ENERGIA TÉRMICA
DE ALTA TEMPERATURA, ENERGIA ELÉCTRICA

Autofax number: 800-321-4242
Fax number: 800-321-4242

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698359-7

Endereço de contato

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/11/2018

RS 198.62

5	23	44	26	4	110	227	222	197	123	194	216
Nov'17	Dec'17	Jan'18	Feb'18	Mar'18	Apr'18	May'18	Jun'18	Jul'18	Aug'18	Sep'18	Oct'18

0826 1019 Dd41 dba6 93fb d1ab 4061 cb22

Indicadores de Qualidade

ATENÇÃO

Saturación

www.orientedigital.it

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

ANSWER TO PEGASUS

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
PARA 03/05	R\$ 1.000,00

Referência: 12-5-232-450
Matr. Cada: 1693378-2017-14
R\$26400000001,4 086721452200,0 16023580012,7 1140005812,4
28/11/2018 R\$ 198,62



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 0221206 (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 SUSEP nº 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 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, juntamente com a respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização pelo 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 e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 456.536.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gleydson Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.974.464-70, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, Gleydson Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.974.464-70, determinação da Circular Susep 445/12:

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

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 Agente Fiscal Jose Costa Duarte</u>	Número	<u>157</u>	Complemento
Bairro	<u>Mangabeira</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>joao.pessa@uol.com.br</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>31</u>	Telefone celular (DDD)

joao.pessa.30 de janeiro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

30 JAH. 2019

PROTOCOLO

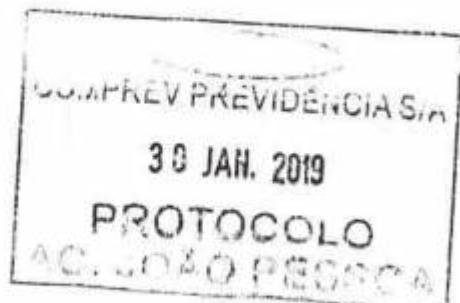
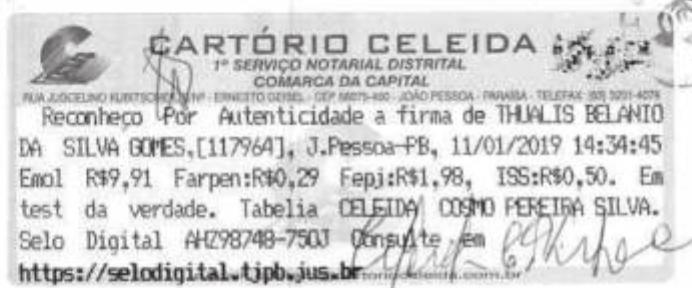
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Thualis Molonio dos Gomes,
RG nº 4044421, data de expedição 12/12/2014
Órgão SSPB, portador do CPF nº 702.229.574-02 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Luiz Carlos Prestes, nº 312
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Collis santo Fecundo, cujo o condutor era
collis santo Fecundo.

Veículo: moto
Modelo: HONDA NXR 160 Bros
Ano: 2017/2017
Placa: OFZ 2992 / PB
Chassi: 9C2K51000HR010639
Data do Acidente: 11-06-18
Local e Data: João Pessoa, 31-03-19

X Thualis Molonio dos Gomes
Assinatura do Declarante

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



CERTIDÃO

Nº. 1195/2018

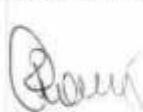
Atendendo solicitação de **GLEYDSO SANTOS FERREIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buriti, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº135927 e Prontuário Nº 2018.06.001548, pertencente ao mesmo que foi atendido dia 11/06/2018 às 22H28min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em punho direito.

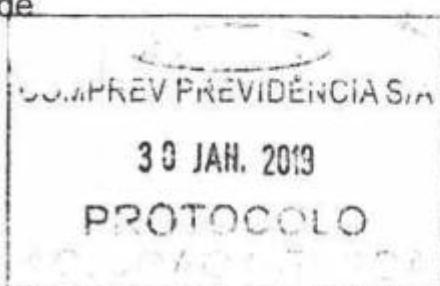
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direita e fratura de falange proximal de 4º e 5º quirodáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/06/2018 com alta médica dia 14/06/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de setembro de 2018

Dra. Rossana de F. A. Barbosa
Clínica médica / Saúde da Família
CRM/PB 3533


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Gleydson F. Santos Data da Admissão: 11/06/18

Prontuário: _____ Idade: 19a Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Dei fui pulho D. e não senti hoje.

HDA: Paciente vítima de trauma em não é pulho D hoje
apresentando dor + edema + limitação de movimento.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia []Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade: 3/3 []Amnésia []Libido []Humor

PROTÓCOLO

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []JHAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

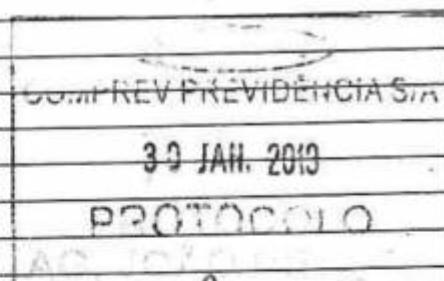
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *fx evidenciando fract. de radio distal
de fratura de ~~4º~~ falange proximal de 4º e 5º MDD.*Hipóteses Diagnósticas: *fract. de radio distal D e fract. de falange
proximal de 4º e 5º MDD.*Conduta: *- ao bloco p/ redução manual + fixad. gesso
- intenção p/ trat. cirúrgico.**R2
Dr. Thales
marci*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Gleyson C. Soares</u>				Registro: <u>2018061548</u>
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data: <u>13/06/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. G. Lopes (234)</u>	1º Assistente: <u>Dr. G. Lopes</u>		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

<u>Lesões ósseas</u>	<u>5525</u>
<u>Lesões ósseas</u>	<u>5626</u>

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

<u>Lesões ósseas</u>	<u>5525</u>
<u>Lesões ósseas</u>	<u>5626</u>

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

osteosseos do nariz
c/ placa e graxos
osteosseos do osso
cer furas

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva: <u>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</u> <u>30 JAH. 2019</u>
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em decúbito dorsal com flexões
nas articulações de joelhos e cotovelos
descoberto o corpo e o pulso
cicatrizes de feridas e cicatrizes de
golpes de fardos

Incisão:

tracção digital e flexão da mão em
90° + 90° para as costuras.
verifica-se que não há aderências.

Achados:

descoberto o pulso e o braço proximal
e distalmente com feridas e cicatrizes
descoberto o pulso e o braço distalmente
sem nenhuma lesão.

Conduta:

descoberto o pulso e o braço proximal
e distalmente com feridas e cicatrizes
descoberto o pulso e o braço distalmente
sem nenhuma lesão.

Fechamento:

30 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AC. DE SAO PESSOAL

OBS:

Data: / /

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

CPF: 080 9-5000-0000-00
NASC: 11/04/1988 DATA DE ALTA: 19/06/11 PESO: 70,500 KG

DATA DE ADESLA: 11/06/11 DATA DE ALTA: 19/06/11 PESO: 70,500 KG

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: *Golpes na mão esq f +* 3577
DIAGNÓSTICO ASSOCIADO: *Golpes peroleros* 3676

DIAGNÓSTICO ADICIONAL:

DIAGNÓSTICO FARMACOLOGICO:

ANESTESIA/ANALGÉSICO:

Antes de alta da mão esq f + golpes

Recomendação:

SIM NÃO COBERTURA DIA-NIGHT SIM NÃO

MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RECOMENDAÇÃO: *Evitar exercícios*

Evitar exposição solar

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: *Relaxe em casa por* *dias*

Retorno às atividades sem esforço físico em *dias*

Retorno às atividades com esforço físico leve em *dias e com esforço maior em* *dias*

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: *Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sente dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local ou se sente febre, procure imediatamente o Complexo Hospitalar*

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO *Ao posto de saúde em* *para retirada de pontos:*
Ao Ambulatório do *em 30 dias para revisão.*

19/06/11

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.

Para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Luis Felipe Lobo
Traumatologista Ortopedista
Médico de Mão/Microcirurgia

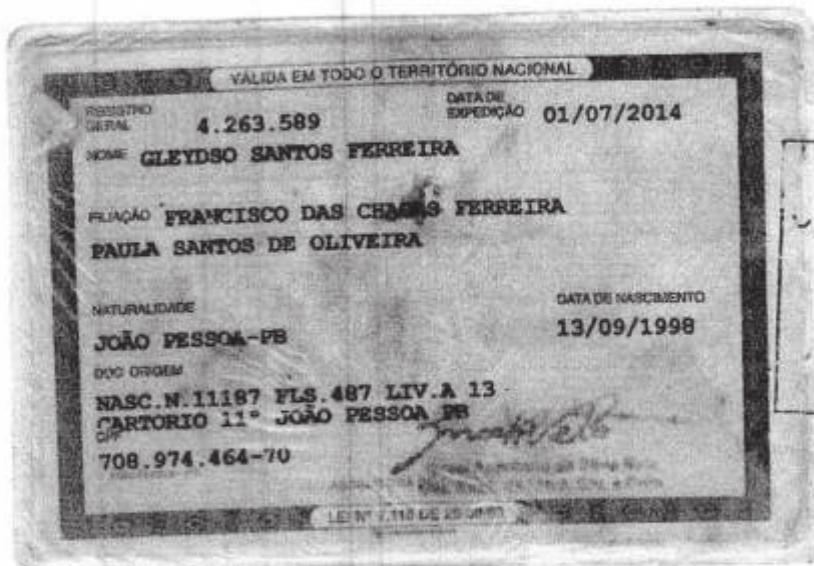
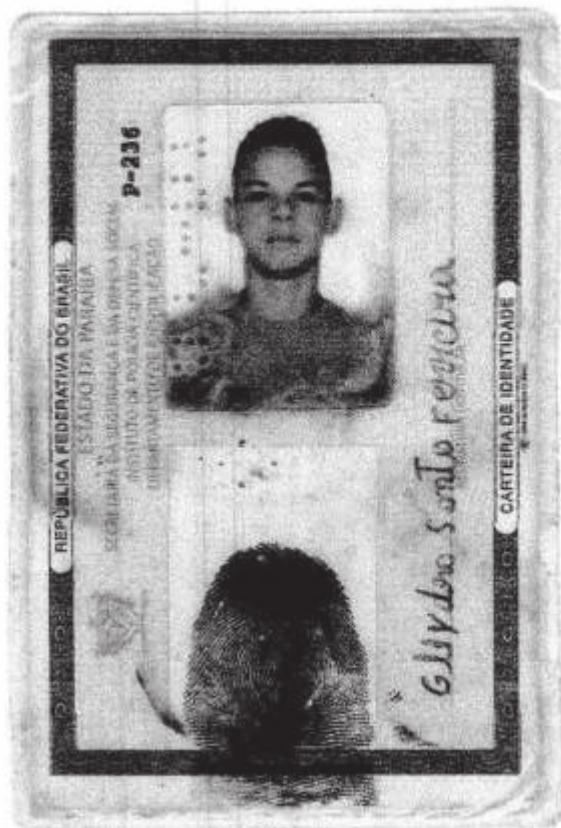
CRM-PB 10.206 TEOT 14328

ASS. MÉDICO / CRM

COOPERATIVA PREVIDÊNCIA SÍN

30 JAN. 2013

PROTOCOLO





CO^MPREV PREVID^ENCIA

30 JAH. 2013

PROT^OCOOL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190083137 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA **Data do acidente:** 11/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS - RADIO E FIOS K. - 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E
sequelas: LEVE DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

J. Gleydson Soárez Ferreira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Pintor, CI RG nº 4.263.589, CPF/MF nº 708.974.464-70, residente e domiciliado(a) à Rua Vila Souza Ramalho, 348 - Varzea, Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58030-070, telefone (83) 9 8663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 11 de Janeiro de 2019.

30 JAH. 2019

PROTOCOLO

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035735/19

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

CPF: 708.974.464-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2018

Titular do CPF: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

GLEYDSO SANTOS FERREEIRA : 708.974.464-70

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: 30/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

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, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190083137

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

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

Autorização de pagamento incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



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, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190083137

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190083137 **Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA**

Data do Acidente: 11/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000109311-2

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.

