

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **IVAILDO SEVERINO SOUZA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180514509**

Vítima: **IVAILDO SEVERINO SOUZA DA SILVA**

Data do Acidente: **16/12/2007**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180514509**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13603557



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180514509

Vítima: IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2007

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA

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

Autorização de pagamento
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo

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

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13603925



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180514509

Vítima: IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2007

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPV

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Ivaldo Severino Souza da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.678.483 EXPEDIDO POR SS/PP EM 10/02/08
 CPF 094361354-89 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Função;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner e escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com info de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 360 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2547-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20.203-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

João Pessoa

LOCAL E DATA

de outubro

de 2018

Ivaldo Severino Souza da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

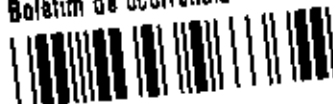
SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/10/2018 AUTO-ATENDIMENTO 08.32.32
094472943 0000

SALDO DE CONTA SALARIO
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: IVALDO S SOUZA SILVA
AGENCIA: 2547-X 20.203-7

Saldo			3,480
JUROS	0,00	IOF	0,00

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro - CEP. 58.010-170 - Fone. (83) 3218-5334

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1884/2012.

Aos seis dias mês de novembro do ano de dois mil e doze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 11:55h, compareceu o (a) Senhor (a): **IVAILDO SEVERINO SOUZA DA SILVA**, Brasileiro, natural de Rio Tinto/PB, solteiro, com 20 anos de idade, Estudante, Ensino Fundamental incompleto, filho de Severino Paulino da Silva e de Maria da Penha de Souza, RG. 3.678.483-SSP/PB, residente na Comunidade Riachinho, SN, Beira Rio, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 16/12/07, por volta das 14:00h, conduzia uma motocicleta de marca HONDA, de placa não sabida, pertencente ao seu genitor, pelas proximidades da Aldeia Silva de Belém, na cidade de Rio tinto/PB, após ter sido atingido por outra motocicleta, perdeu o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido fratura exposta de fêmur direito, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 06 de novembro de 2012.

IVaildo Severino Souza da Silva
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-8
Escrivão



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA DA PESSOA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Fátima da Silva, 250, Varadouro - CEP 81130-170 - Fone (41) 4215-4732

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1884/2012

Aos seis dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, o (a) escrivão de seu cargo ao final assinado, a por volta das 11:55h, compareceu o (a) Senhor (a) **IVALLDO SEVERINO SOUZA DA SILVA**, brasileiro, natural de Rio de Janeiro, solteiro, com 20 anos de idade, Estudante, nascido em (localidade desconhecida), filho de S. Carlos Paulo da Silva e de Maria da Penha de Souza, RG. 3.078.483-229-PIB, residente na (Comunidade Riachinho), 2ª Terna Rio, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: OUB, no dia 10/11/2012, por volta das 14:00h, conduzia uma motocicleta de marca HONDA, de placa não sabida, pertencente ao seu genitor, pelas proximidades da Aldeia Silva de Itém, na cidade de Rio Preto, após ter sido atingido por outra motocicleta, porém o controle de direção quando ao solo, tendo este sofrido lesões expostas de fêmur direito, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Herculano, ficando assim a aguardar o procedimento médico. Por este motivo solicitou o (a) O (a) Delegado de Polícia, João B.

João Pessoa (PB), 06 de novembro de 2012.

Escritório

Notificação



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edilberto Sellenino Souza da SilvaRG nº 3.678.483 data de expedição 10/07/08 Órgão SS/PB

CPF nº 097.381.354-89 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>Aldeia Silva de Belém</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Rio Tinto</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>83-98821-27 87 / 83-98806-7353</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

João PessoaAssinatura do Declarante: Edilberto Sellenino Souza da Silva

energisa

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-09-2001 BY SP-6 BTJ/bjs

姓名: 王小明 学号: 123456789
 性别: 男 出生日期: 1990-01-01
 联系电话: 13800138000 电子邮箱: wangxm@163.com

CPF/ CNPJ/ RANI

5#1186616-7

367.21.549.5
294 55

Case Study

001 Código de Classificação do Item: TOTAL 13,20 0,00 0,00 17,20 0,18 0,00

VENCIMENTO
31/08/2018

TOTAL A PAGAR
RS 13.30

Histórico de Consumo (kWh)

[illegible]

RESERVADO AO FISCO
6d64.6603.267c.c8fb.d83d.674a.a599.f9e9

Indicadores de Qualidade		Limite de Tensão	
	Apurado	Limite de Tensão (V)	
GENÉRAL	0,17		
TRIMESTRAL	26,24		
ANUAL	52,83		
GENÉRAL	5,64		
TRIMESTRAL	16,09		
ANUAL	32,18		
DEAC	7,24		
DECU	18,60		

Ver: 4.0 (Rev. 6.21.17) 5/2/17

ATENÇÃO

Faturas em atraso

P4249a



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	IVAILDO SEVERINO SOUZA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	29/03/92
NOME DA MÃE	MARIA DA PENHA DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	304657
PRONTUÁRIO N.º	35060
DATA DO ATENDIMENTO	16/12/07 ✓
HORA DO ATENDIMENTO	16:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO
CID 10	S 72.3

Documentação médico - hospitalar



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando ferimento contuso na coxa D com exposição óssea e dor na mão D. Nega desmaio, vômito ou tontura. Consciente. Glasgow 15. Deformidade e perda funcional integral do MID, sem déficit neurovascular. Atendido: Emergência. Avaliado pelo cirurgião geral e ortopedista. Conduta: exames + internação para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Radiografias (coxa D, mão D, bacia)

RESULTADOS DOS EXAMES

Rx da coxa D: fratura exposta de diáfise do fêmur direito.

TRATAMENTO:

Redução cirúrgica de fratura exposta de diáfise do fêmur D com fixação pelo Dr. Alberto Rodrigues.

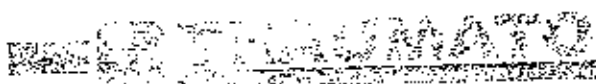
ALTA HOSPITALAR :	19/12/07
DATA DA EMISSÃO:	127/10/09

Dr. MARIA DE FÁTIMA S. SOARES
CRM 2862
CPF 203.072.254-53

Dr. Maria de Fátima Silva Soares
CRM: 2862/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Advogada
OAB / PB 10244



Ortopedia e Traumatologia Geral - Ortopedia Pediátrica
Doenças Ósseas - Artroscopia e Cirurgia de Joelho
Patologias da Coluna Vertebral

Dr. Wilson da Silva Lino
CRM: 41.741

Relatório Médico

Dr. Paulo T. Montenegro
CRM: 40.221

Dr. João Eustáquio Pinto Reis
CRM: 45.124

Dr. Milton S. Linhares
CRM: 51.441

Dr. Alberto S. de Oliveira
CRM: 55.971

Dr. José Martins V. Pontes
CRM: 57.119

O sr.IVALDO SENEZANO
Souza da Silva é portador de
arbitrariedade permanente do membro
inferior direito após fratura
exposta do fêmur ipsilateral.
foi tratado cirurgicamente
porém apresenta quadro sequelar com
boa perda de força e de amplitude dos
movimentos do membro afetado.

CRM: 57.119

J. REIS, 25/08/15

Este documento é uma cópia digitalizada de um documento original. O original é um relatório médico datado de 25/08/15, assinado por J. REIS, CRM: 57.119. O documento descreve o quadro clínico de um paciente, sr.IVALDO SENEZANO Souza da Silva, portador de arbitrariedade permanente do membro inferior direito após fratura exposta do fêmur ipsilateral. O paciente foi tratado cirurgicamente, porém apresenta quadro sequelar com boa perda de força e de amplitude dos movimentos do membro afetado. O documento é assinado por J. REIS, CRM: 57.119, e possui o número de protocolo CRM: 57.119.

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

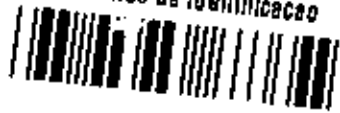


Valdo Severino Souza da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DATA DE EXPEDICAO 10/07/2008
NOME VALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA
FILIAÇÃO SEVERINO PAULZ DA SILVA
MARIA DA PENHA DE SOUZA
NATURALIDADE RIO TINTO-PB
MASC. N. 17081 PLS. 14-11-11-12
CARTÓRIO RIO TINTO-PB
DATA DE NASCIMENTO 29/03/1992
Assinatura: *Valdo Severino Souza da Silva*

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
097.361.354-89
VALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA
29/03/1992



Cartão de uso pessoal e transferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação
AGO/2008
CORREIOS
www.correios.com.br



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

C: 754910 Laudo nº: 53221010

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 21/10/2010

Órgão Requisitante: DAV. nº da Solicitação: 1539/2010 Autoridade Solicitante: Maria da Paz Dayby I. de Oliveira. Nome: IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA, 18anos. filho(a) de: Severino Paulino da Silva e de: Maria da Penha de Souza. Sexo: Masculino Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Rio Tinto/Pb. Profissão: agricultor(a).

HISTÓRICO: refere que foi vítima de acidente de moto no dia 16/12/2007 por volta das 14h em Baía da Traição.

DESCRIÇÃO: O examinado apresenta cicatriz hipertrófica e hiperocrômica (20cm) na face externa da coxa direita caracterizando procedimento cirúrgico ortopédico além de 3 cicatrizes hipertróficas e hiperocrômicas (5,6 e 7 cm) na face anterior da mesma e atrofia muscular discreta nessas regiões. Foi constatado ainda limitação discreta da flexão da perna sobre a coxa e limitação de movimentos ativos com a referida coxa. Em laudo médico consta atendimento com fratura exposta de diáfise de fêmur em 16/12/2007 sendo submetido a tratamento cirúrgico. Em relatório médico do Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira (ortopedista) datado de 25/08/2010. Consta seqüela de perda de força e da amplitude de movimentos do membro inferior direito devido a fratura de fêmur.

QUESITOS:

- 1º Há ferimento ou ofensa física? Sim
- 2º Qual o meio que o ocasionou? Ação contundente
- 3º Houve perigo de vida? Não.
- 4º Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Sim, debilidade permanente discreta do membro inferior direito devido a fratura de fêmur.
- 5º Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? Sim, devido a fratura de fêmur
- 6º Provocou aceleração de parto? Prejudicado
- 7º Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8º Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO

GRANDE EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA FISCAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA



C: 724910 Lado n: 23231010

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Fetimento ou ofensa física

Data do exame 21/10/2010

Órgão Requisitante: DAV, nº da Solicitação: 12392010 Autoridade Solicitante: Maria da Paz Dwyer I. de Oliveira. Nome: IVALLDO SEVERINO SOUZA DA SILVA. 18 anos (filho) de Severino Paolino da Silva e de Maria da Penha de Souza. Sexo: Masculino Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: Brasileira Natural de Rio Grande do Sul (RS) Profissão: agricultor(a).

HISTÓRICO: refere que foi vítima de acidente de moto no dia 18/12/2007 por volta das 14h em Bate da Tração.

DESCRIÇÃO: O examinado apresenta curvas hipertróficas e hipertróficas (30cm) na face externa da coxa direita caracterizando procedimento cirúrgico ortopédico realizado em 2007. Curvas hipertróficas e hipertróficas (20 e 7 cm) na face anterior da mesma e curvas musculares discretas nessas regiões. Foi constatada ainda hipertrófia discreta da flexão da perna sobre a coxa e limitação de movimentos ativos com a flexão da coxa. Em laudo médico consta atendimento com fratura exposta do distal do fêmur em 10/12/2007 sendo submetido a tratamento cirúrgico. Em relatório médico do Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira (ortopedista) datado de 22/08/2010. Consta seqüela de perna de força e da amplitude de movimentos do membro inferior direito devido a fratura de fêmur.

QUESTÕES:

- 1ª) Há fetimento ou ofensa física? Sim
- 2ª) Qual o tempo que o ocasionou? Ação contundente
- 3ª) Houve perigo de vida? Não.
- 4ª) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Sim, debilidade permanente discreta do membro inferior direito devido a fratura de fêmur.
- 5ª) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de quinze dias? Sim, devido a fratura de fêmur
- 6ª) Provocou aceleração de parto? Prejudicado
- 7ª) Resultou perda ou limitação de membro, sentido ou função? Não
- 8ª) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? Não

9º Resultou deformidade permanente? Sim, deformidade discreta devido as cicatrizes hiperocrômicas e hipertróficas na coxa direitas.
10º Provocou aborto? Prejudicado.xx

Mclo
Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Mat: 78.463-0

Resultado Comprovante de Atendimento
CONFORME
☐ BO em cópia simples
☐ Comprovante de despesas médicas em cópia
☐ Certidão de Óbito em cópia simples
☒ Laudo de ML em cópia Simples
Requerer documento assinalado conforme Guia de Regulação
Seguradora Líder - DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396970/18

Vítima: IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA

CPF: 097.361.354-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2007

Titular do CPF: IVALDO SEVERINO
SOUZA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA : 097.361.354-89

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: 30/10/2018
Nome: IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA
CPF: 097.361.354-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA WALLACE SELE PINO SOUSA DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 16/12/2007 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 097364354-84

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (original)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (vide Formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todas os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Nº da documentação (Nome) WALLACE SELE PINO SOUSA DA SILVA

o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 09736435484

Telex 988009933

09/10/2018 Assinatura WALLACE SELE PINO SOUSA DA SILVA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

de Atendimento (Nome do Popo) ACIETE MORAES Nº 30300011

Assinatura WALLACE SELE PINO SOUSA DA SILVA Nº 8478037-1

09/10/18 Assinatura

SIS DPVAT - Sinistros

G. Seguradora Líder das
Condições de Seguro OPA

Scanned by

444

1. **Abstract**

► Further study

1

Figure 1

Find more great books here

151

— — —
 4/1/2000

（五）**西武池袋線**

1

Figure 2

Unit 1

Case

7 Feb

Y: 2-25-61/1000-1000

Legend:

¹ <http://www.sas.com>

Method/Code	Value	Score	Ranking	Improvement	Priority	Conclusion
Method A	100	95	1st	5%	High	Optimal
Method B	90	85	2nd	5%	Medium	Good
Method C	80	75	3rd	5%	Low	Fair
Method D	70	65	4th	5%	Low	Fair
Method E	60	55	5th	5%	Low	Fair
Method F	50	45	6th	5%	Low	Fair
Method G	40	35	7th	5%	Low	Fair
Method H	30	25	8th	5%	Low	Fair
Method I	20	15	9th	5%	Low	Fair
Method J	10	5	10th	5%	Low	Fair

Figure 4c

17042

Santo Domingo

664

Prigerson

yes[†]

52103 S

2. 数据管理

20.723.100

Yáñez, IV: ILDO SEVERINO SOUZA GIL SILVA

Data de nascimento: 25.03/1992

CPF: 051.361.354-03

Data do sistema: 15/12/2007

Número do selo: 20151834

Seminar: IG1

September \$124

Demografische (01)

Natureza do benefício: Patrimonial

Código de Regulación: Cancelado

Confidential

Devido a: sistema judicial referenciado, somente prosseguir cadastrando esse aviso mediante apresentação de documento oficial comprovando a "situação de agilo justica", como tratado em legislação. Se afirmativo, registrar e entrega de tal documento da categoria "Outros", condicionar o cadastramento e efetuar a renovação da documentação para digitalização. O aviso será automaticamente sobre-escrito à aprovação da Segunda Lide, que permitirá sua visualização e inscrição em regularização. Desejo prosseguir com o cadastramento?

✓ **5.** ✗ **12.**

✱ निष्कर्ष

X-Cross

457th Bombardment Group

 O documento foi enviado à impressora. x
Documento: GetSupportSession-12858115...
Impressora: Virtual Samsung em pd2esp01
Enviado em: 12/2/2011 11:10:27
Total de páginas: 1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396970/18

Vítima: IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA

CPF: 097.361.354-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2007

Titular do CPF: IVALDO SEVERINO
SOUZA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA : 097.361.354-89

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: 30/10/2018
Nome: IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA
CPF: 097.361.354-89

IVALDO SEVERINO SOUZA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa