
Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190680472

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000582-7

Conta: 000000149446-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorne 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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 073986674-47 4 - Nome completo da vítima: Raphael Carlos dos Santos Lima

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

5 - Nome completo: Raphael Carlos dos Santos Lima 6 - CPF: 073986674-47
7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Sítio Bonfacha 9 - Número: 5N 10 - Complemento: ÁREA RURAL
11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: JTAPORANGA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58780000
15 - E-mail: Raphael15378707889@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 839637748

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRB Banco
AGÊNCIA: 0582 7 CONTA: 0149446 5
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascida(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



5067 3184 8935 5201

11/19 0582 7 0149446 5 92 50

VALIDO/ATE AGÊNCIA/DIG CONTA LIM VA TIPO
RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

elo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1705/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 21/09/2019 hora: 00:30 HORAS
Local do fato: Itaporanga-PB

Boletim de ocorrência



NOTIFICANTE

NOME: **RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO**, alcunha "****", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: São Paulo-SP, idade: xx anos, nascido em 18/10/1989, cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Escolaridade: médio incompleto, documento: RG 7171149 SSP/PE, filiação: Não Declarado e de Rosemeire Correa do Nascimento, endereço: Sítio Burracha Zona Rural Itaporanga-PB, referência: xx - Telefone: (xx)xx.

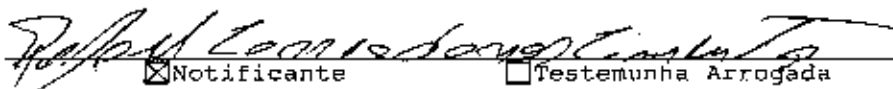
VÍTIMA

NOME: **xx**, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: ***, Estado Civil: ***, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: ***** xx, referência: xx.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que vinha para cidade de Itaporanga-PB já próximo a cidade o notificante bateu no meio fio e capotou com sua motocicleta e fraturou o Femu e o ante braços que foi socorrido pelo SAMU de Itaporanga-PB levando para o Hospital Distrital Dr. Jose Gomes da Silva e depois foi levado para Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro em Patos-PB, a motocicleta que estava pilotando era uma HONDA/XRE 190, Alcool/Gasolina, ano 2016/2016, cor Vermelha, placa LSW-8365/RJ, chassi nº 9C2MD4100GR010260 de propriedade do notificante. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 20 de Novembro de 2019.


☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro: Sergio Luiz de Sousa
Mat.: 137327-7





Comp. Reg. de Acidentes Declarados

SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU - 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR 05806

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

HORA: 00:10

Data: 21.09.19	ID: 689	Paciente: Rafael Comia do Nascimento	Idade: 29 anos	Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: R-382 Itaporanga - S.J. Caiana	Bairro:	Médico Regulador:		
Apoio no Local: ☒ PM Resgate/Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Frota ☐ Nenhum ☐ Outro				
OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro				

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	Sinais e Sintomas:
☐ Agressão	☐ Psiquiátrico	Alergia: Nega
☐ Clínico	☒ Quase Afogamento/Afogamento	Medicação:
☐ Desabamento	☐ Queimaduras	Passado Médico:
☐ Eletrocussão	☐ Queda Metros	Líquidos e Alimentos Ingeridos:
☐ F.A.B.	☐ Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.A.F.	☐ Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido	☐ Cianótico	☐ Ictérico	☐ Sudoreico	☐ Pele Fria	☐ Úmida	☐ Tensa	☐ Anisocórica	☐ Miótica	☐ Dor
☐ Midríase	☐ Dispneico	☐ Taquipnéia	☐ Hematêmese	☐ Hemoptise	☐ TCE	☐ TRM	☐ Fratura	☐ Contusão	☐ PCR

Tipo de Ferimento e Local: Possível fratura em úmero (D) e fêmur (C)

Queixas Principais do PACIENTE:
Dor nos membros afetados.

Transferência/Destino:

Local: Responsável: Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 167549 Função:

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ < 30 irpm ☒ > 30 irpm ☐ Perfunção Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal
P.A.: 130x90 mmHg FC: 85 bpm FR: 91 % T: Glicemia Capilar: 124 mg/dl Coma:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa ☐ Intracraniana ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia ☐ Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐
☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão
respiratório Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfunção tissular Gastrointestinal
Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐
Intenção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

Intervenções:

AVP + SSUV + terapia medicamentosa + imobilizações conforme protocolo.

Avaliação de Enfermagem:

Consente, orientada, vítima do acidente de moto, expor-se, sem
Capacidade, estado na vig. Glasgow 15, suprimindo náuseas, vômitos, febre,
respiração. Apresenta sinal de fratura em fêmur (C) e possível fratura de úmero
em (D) e apresenta ferimento contuso perfurante em posterior da coxa (C). Membro
ativo, imobilizações, conduta do MI e encaminhado ao HAI e posteriormente ao

Identificação da Equipe:

Médico:
Enfermeiro (a): Lucas
Téc. De Enfermagem:
Condução:
Encaminhamento:CRM:
COREN: 349233
COREN:

HRP 15/10/19

☐ Liberado após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

Recusa: _____
 Nome: _____
 Assinatura: _____ RG/CPF: _____

Terapêutica/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):

SRL 500 ml + Tenoxicam 1 amp + ABD (EV)

Evolução Clínica:

Diagnóstico Médico:

Procedimentos Realizados: ☐ Desobstrução vias áreas ☐ Intubação Naso/Orotraqueal ☐ Cânula Orofaríngea ☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica (Manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de Oxigênio O₂ ☐ Drenagem Torácica ☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão ☐ Controle de Hemorragia ☐ Curativo ☐ Punção Venosa ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Vesical ☐
 Sedação ☐ Imobilização ☐ Colar Cervical ☐ Outros _____
 ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

1 SRL;
 1 equipo;
 1 Julo 20;
 1 Tenoxicam;
 1 ABD;
 8 faixas
 - 4 pacotes Gases;
 - 2 compressas;

Exame Gineco-Obstétrico: ☐

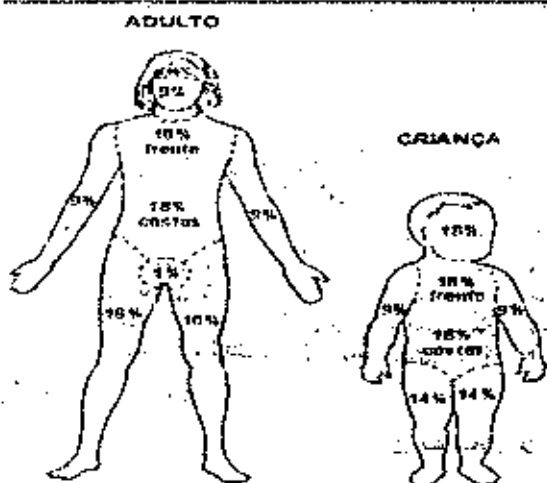
☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Normal

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Esperta A voz A dor Nenhuma	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Nenhuma	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma
4 3 2 1	5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1

TOTAL ABERTURA	TOTAL VERBAL	TOTAL MOTORA
15	5	6

EXTENSÃO DE QUEIMADURAS CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL



QUANTO MAIS PROFUNDO O FERIMENTO, MAIOR O GRAU

Queimaduras de primeiro grau são apenas vermelhidão. As de quarto grau vão até o osso



PRIMEIRO GRAU
 São as queimaduras menos profundas. O epitélio superficial da pele é afetado, deixando a pele vermelha.



SEGUNDO GRAU
 Com a distorção das células, o epitélio da pele é rompido, deixando a pele transparente e formando bolhas.



TERCEIRO GRAU
 Lesão grave, que provoca a destruição da pele na parte e de sua camada a base da epiderme - atingindo o tecido adiposo (a gordura).



QUARTO GRAU
 Lesão gravíssima, destrói quase toda a pele, deixando a carbonizada. Danifica as fibras, podendo causar a morte.

$$N^{\circ} \text{ gotas/min} = \frac{Vt \text{ (ml)}}{T(h) \times 3}$$

$$N^{\circ} \text{ microgotas/min} = \frac{V \text{ (ml)}}{T(h)}$$

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S/A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00582-7

CONTA: 000000149446-5

Nr. Autenticação

BRDESCO1006202005000000000023700582000000149446472500 PAGO

DELIO GOMES DA SILVA
SIT BOMFACHA, S/N - AREA RURAL
ITAPOARA/PA CEP: 66780000 (40.154)

Energisa

USUÁRIO MONOCASICO
CHAVE: RUPATC/02/RURAL - RUTAL RESIDENCIAL
Roteiro 14 - 154 - 157 - 3050 Referência Nov/2018
Medidor 0201218994 Emissão 22/11/2018

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 25 - Canto Pedreiro - 66070-000 - CEP: 66071-000
CNPJ 08.095.153/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-40

Nota Fiscal/Car. de Emissão EMF000004 077.372
Cód. para Emissão Automática 60012577718

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 ou site www.energisa.com.br

Conta referencial	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	22/11/2018	23/12/2018	35.822.484.55

UC (Unidade Consumidora): 5/1287021-8

Canal de contato
Seu e-mail é gravado e pode sofrer alteração no endereço de notificação e se precisa

Anterior		Atual		Consumo		Consumo		Dif. %	
Data	Leitura	Data	Leitura						
23/10/18	3678	22/11/18	3748				71		80
Demonstrativo									
Consumo em kWh									
Total		Total		Total		Total		Total	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh		Consumo em kWh	
Consumo em kWh		Consumo em kWh							

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Robel Correa do Nascimento,
RG nº 7771749, data de expedição 28/06/15, Órgão SPSPE,
CPF nº 073986674-47, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO BORROCHA</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>AREA RURAL</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58780000</u>
Telefone de Contato.	<u>83996373438</u>
E-mail	<u>RobelRobel75718707989@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA 27/11/19

Assinatura do Declarante: Robel Correa do Nascimento

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 27/09/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ 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)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originals)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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 todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447

E-mail: rafaelrafael15718101889@gmail.com Tel.: 8396313438

Data: 27/09/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC 1 + APODANGA / PB

Atendente: Emanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7

Data: 27/09/2019 Assinatura: Emanuel Missias Araújo André

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 22/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ 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)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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 todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15318101989@gmail.com Tel.: 83996313438
Data: 22/09/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC - 14 PPD - 6A1 PB
Atendente: Manuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 22/09/2019 Assinatura: [Assinatura]

De: Daniela Fidelis <dpvat@comprev.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 13 de maio de 2020 15:36

Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>

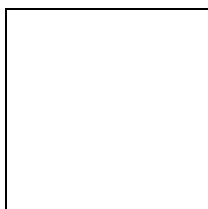
Cc: Kayk Soares <apoiodpvat1@comprev.com.br>; Bruna Barreto <apoiodpvat2@comprev.com.br>

Assunto: Enc: Solicitação de Reanalise Operação Correios - Vítima RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO - Sinistro nº 3190680472

Prezados,

Segue para providencias.

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 **Fax:** (21) 2505-2070

dpvat@comprev.com.br

De: assistadm JPA

Enviado: quarta-feira, 13 de maio de 2020 12:05

Para: Daniela Fidelis; Kayk Soares; Bruna Barreto

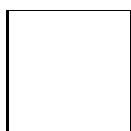
Cc: gjpa

Assunto: Solicitação de Reanalise Operação Correios - Vítima RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO - Sinistro nº 3190680472

Boa tarde,

Segue documentação referente ao processo supracitado.

Atenciosamente,



Natália Soares

Assistente administrativo - Agencia JPA

Tel.: (83) 3506-3966 / 3506-3967 **Fax:** (21) 2505-2070

assistadmjpa@comprev.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

- ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 27/09/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ 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)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originals)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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 todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447

E-mail: rafaelrafael15718101889@gmail.com Tel.: 8396313438

Data: 27/09/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC 1 + APODANGA / PB

Atendente: Emanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7

Data: 27/09/2019 Assinatura: Emanuel Missias Araújo André
Agente de Correios
Mat.: 8.478.678-7

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 22/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ 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)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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 todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ 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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15318101989@gmail.com Tel.: 83996313438
Data: 22/09/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC - 14 PPD - 06A1 PB
Atendente: Manuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 22/09/2019 Assinatura: [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190680472 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS EM AMBAS LESÕES) VÍTIMA EM TRATAMENTO.
(P2 P3 P7 P10 P17)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *ABORDAGEM CIRÚRGICAS REALIZADAS EM 01/10/2019.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Rafael Correia do Nascimento, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agente cultural, residente e domiciliado à Rua São Barrachá, nº 511, bairro Área Rural, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraíba, Cep: 58780-000, portador(a) do Rg nº 212.1142, I..... e CPF nº 013.986.674-47.

Outorgado: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Barão Figueiredo, nº 22, bairro centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraíba, Cep: 58780-000, portador (a) do RG nº 265217671, I..... e CPF nº 039.242.064-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Rafael Correia do Nascimento, ocorrido em 21 / 09 / 2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez /

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 09 de março de 2020

X Rafael Correia do Nascimento

Outorgante

CPF Nº 013.986.674-47

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

IBS SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
JOSE BARROS SOBRINHO
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Getúlio Vargas, 38 - Centro - Itaporanga/PB
Fone: (31) 3491.5917 - Email: cartorio.joseluis@ibpb.com
Tabelião Alberto Barros da Silva

RECONHECIMENTO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO.
Itaporanga/PB, 9 de março de 2020.
Tab. Substituto: Mº do Socorro Costa Barros
Sel. Digital: AJV56933-8U42
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol. R\$ 9,82 FEPJ R\$ 2,45 FARPEN R\$ 0,30

NOTAS
LARIPOH-0105
MARCHESIN
DOMINGOS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200178183 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 6/10_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139253/20

Número do Sinistro: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139253/20

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: Isabella Guimaraes de Conceicao
CPF: 139.190.607-17

Isabella Guimaraes de Conceicao

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana