

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2017

Carta nº: 11640562

A/C: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170489259 ASL-0328974/17
Vitima: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
Data Acidente: 06/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- DUT faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **WALBER LAURENTINO CASSIMIRO**

Nº Sinistro: **3170489259**
Vitima: **WALBER LAURENTINO CASSIMIRO**
Data do Acidente: **06/04/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170489259**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12501990



Autorização de pagamento

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, WALBER INVENTINO DE ASSIS EXPEDIDO POR SSP - P13 EM 24-10-2017 E PORTADOR(A) DO RG Nº REUSA-36 CPF 13286314739 / CNPJ: 000000000000000000 PROFISSÃO REUSA-36 E RENDA MENSAL DE R\$ 00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WALBER INVENTINO DE ASSIS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar 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 do Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparece termos tais como: CNPJ ou 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, aborta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, fratura ou em proposta (nesta 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 SISPAT 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 colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000

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

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000

DECLARO QUE A CONTA AGIMA-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 QUITAÇÃO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ASL-02902212017
22/01/2018
LOCAL E DATA

WALBER INVENTINO DE ASSIS
22/01/2018
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO:

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

CÓPIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1914 - SANTA RITA. FB

DATA: 23/06/2017

TERMINAL: 1007

NSU: 000542

HORA: 12:08:26

AUT.: 0058

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1914/013/00.131.701-0

NOME: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

DEPOSITANTE:

O T

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:



Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA. 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

27 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CÓPIA

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
195 Superintendência Regional de Polícia
174 Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia da Comarca de MAMANGUARE



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

ASL-02229017
Livro nº 006/2015
Ocorrência nº 1872/2015

adailton.0
22/01/2018

OS DOIS dias de SETEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de MAMANGUARE, PERNAMBUCO, Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(a) Givany Ribeiro da Silva, ai, por vults, intimam comparecer a PESSOA a seguir qualificada:

VERÔNICA LAURENTINO, conhecido por Identidade nº 21665968-SSS/PB, CPF nº [redacted], nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: secretária de lar, filho(a) de Rita Maria Da Conceição, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 02/08/1979 (35 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Carlos De Melo, 09, Conjunto Jullia Paes, tendo como ponto de referência [redacted] na cidade de CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PB, (one(s) para contato: 83 98249-0148).

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 06 de abril de 2015;
- 3) HORARIO: 12h:00min;
- 4) LOCAL: Rodovia PB-041, município de Capim/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE/CONDUCTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELÉ/HABILITADO(A)? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTARIAS SIM/NÃO?

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE: moto HONDA CG 150 FAN EST, cor preta, ano 2011, placa OEF 4829/PB.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

Que no dia 06/04/2015, por volta das 12h:00min, o filho da declarante WALBER LAURENTINO CASSIMIRO, brasileiro, nascido aos 06/03/2000, filho de Antônio Junior Cassimiro e de Verônica Laurentino, RG 3.964.872-SSP/PB, viajava como carona na moto acima mencionada, conduzida pela pessoa CLAUDIO, residente na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, o qual é primo da vítima, quando nas proximidades da cidade de Capim/PB, ao tentar fazer uma curva o condutor da moto perdeu o controle de direção, vindo a cair na pista de rolamento, onde a vítima foi encaminhada para o Hospital de Trauma na cidade de João Pessoa, onde foi diagnosticado fratura exposta em extremidade proximal do membro direito com lesão neurovascular (CID 10: V29 + S82.1.1 + S85.9.1 + M86.1).

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme; valdevidamente assinado pelo(a) notificante, e por mim, escrivão(a) que digitei.

adailton.0
22/01/2018

SANTIAGO PEREIRA
Escritório de Serviço Notarial
VERÔNICA LAURENTINO
Comunicante
Escritório de Serviço Notarial
Escritório de Serviço Notarial

Autêntico a presente cópia, reproduzida fielmente original que se encontra apresentado. Es testifico da verdade.
PB 20/07/2017 09:51:57
Hely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituto
(2017-007822) EMBR:RS 2131, FAREN:RS 0127, FEPJ:RS 0146 ISSIM 0,12
SELO DIGITAL: ASL94197-RFT
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tb.jus.br>

PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA
49:57

CÓPIA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, WALTER LAURENTINO CASSIMIRO,
portador da carteira de identidade nº 3.964.872 e inscrito no
CPF nº 132.863.144-39, residente e domiciliado na
RUA CARLOS DE MELO Nº 09
SANTO ANTONIO - PARAIBA, Cidade CRUZ DO ESPÍRITO

Estado PARAIBA, 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:

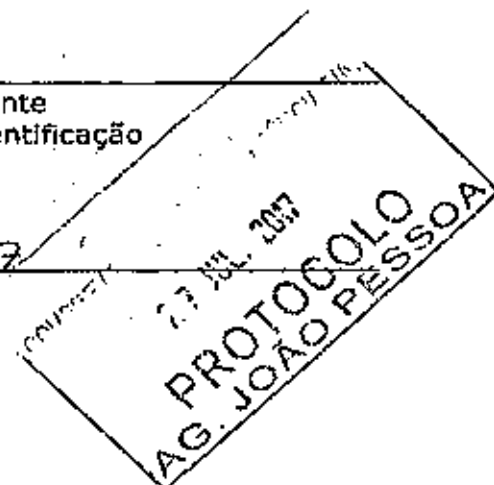
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro
DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo
automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a
análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da
Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da
lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa
perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao
direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Walter Laurentino Cassimiro
Walter Laurentino
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA/13-20/07/2017
Local e data



CÓPIA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL

LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

HELENA

Nome: <u>Walter T. Tassin</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>06.05.13</u>				Data da alta: <u>01.05.13</u>	
Diagnóstico inicial: <u>fratura de pé de tibia</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos: <u>(ATO DECLARATORIO)</u>					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					

Terapêutica medicamentosa: Osteossíntese de tibia

Comprovação de ato declaratório



Anatomia patológica:

Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não ()

Resultado bacteriológico:

Condições de alta: Melhorado(☒) Removido() A pedido() Curado() Óbito()

Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

fratura de tibia com cirurgia de 29.05.13
por Dr. Tassin / Dr. Pina

Orientações Pós Alta

Dieta: _____
 Repouso:
 Relativo em casa por, _____ dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.
 Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.
 Medicamentos para casa: _____

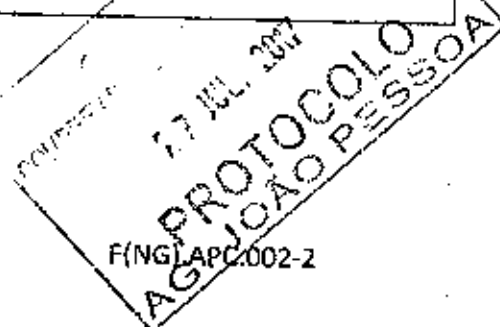
Retorno:

Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.
 Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.

João Pessoa, 01 de 05 de 13

Ass. Médico/CRM

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





MINISTÉRIO DA
SAÚDE

LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

FEF/RS

Nome: <u>Walter T. Torres</u>		Registro:	
Idade: <u>...</u>	Sexo: <u>...</u>	Cor: <u>...</u>	Clínica: <u>...</u>
Data de admissão: <u>06.05.13</u>		Enf: <u>...</u> Leito: <u>...</u>	
Data da alta: <u>01.05.13</u>			
Diagnóstico inicial: <u>Infecção de pele d tórax</u>			
Diagnóstico final: <u>...</u>			
Outros diagnósticos: <u>(ATO DECLARATORIO)</u>			
Principais exames: <u>...</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>...</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>Ostensivo de tórax</u>		Comprovação de ato declaratório: <u>...</u>	
Anatomia patológica: <u>...</u>			
Infecção: sim() não(☒) Coleta de material: sim() não()			
Resultado bacteriológico: <u>...</u>			
Condições de alta: Melhorado(☒) Removido() A pedido() Curado() Óbito()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>...</u>			
Dieta: <u>...</u>		Orientações Pós Alta	
Reposo: <u>...</u>			
Relativo em casa por, <u>...</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>...</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>...</u> dias e com maior em, <u>...</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>...</u>			
Retorno: <u>...</u>			
Ao posto de saúde em <u>...</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>...</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa, <u>01</u> de <u>05</u> de <u>13</u>			
Ass. Médico/CRM <u>...</u>			

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

COPIA

27 JUL 2013
PROTOCOLO
AGUÃO PESSOA
F(NG) APC.002-2

Comprovante de residência

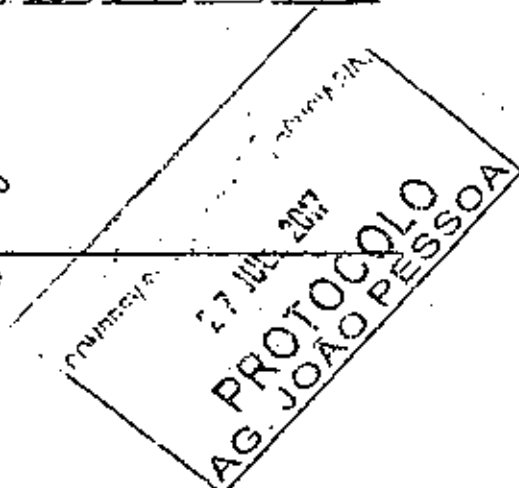
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, WALBER LAURENTINO CASSIMIRORG nº 3.964.977, data de expedição 26/05/2011,Órgão SSP-PB, CPF nº 132.863.199-39, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>5056 CARLOS DE MELO</u>
Número	<u>09</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CRUZ DO ESPIRITO SANTO</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58337000</u>
Telefone de contato	<u>83-98840-7085 - 99639.8400</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB / 20.07.2017

Walber Laurentino Cassimiro
Venerica Laurentino
 Assinatura do Declarante



CÓPIA

ASL-02
adaillon.oli
22/01/2018

ASL-02
adailton.oli
22/01/2018

ASL-0290
adaillon.oliveira
22/01/2018 11:50:05

[illegible]

290219/17
Viveira.0117
11:50:05

0219177
11-09-65

20/07/2012 15:05
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
0.05

CÓPIA

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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
NOME DO PACIENTE: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
DATA DE NASCIMENTO: 06/05/00
NOME DA MÃE: VERONICA LAURENTINO

DADOS EXTRAÍDOS
BOLETIM DE ENTRADA N.º: 826.807
PRONTUÁRIO N.º: 88.752
DATA DO ATENDIMENTO: 06/04/15
HORA DO ATENDIMENTO: 15:31H
MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S): FRATURA EXPOSTA EM EXTREMIDADE PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA COM LESÃO NEUROVASCULAR
CID 10: V29 + S82.1.1 + S85.9.1 + M86.1

AVALIAÇÃO INICIAL

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PROCEDENTE DE MAMANGUAPE, SOCORRIDO PELO SAMU, COM DOR + DEFORMIDADE EM JOELHO E PERNA DIREITA + LESÃO DE PARTES MOLES + LESÃO NEUROVASCULAR + AUSÊNCIA DE PULSO E FLUXO EM PEDIOSA, GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PERNA DIREITA: RELATO COT = FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL GRAVE COM PERDA ÓSSEA
RX DE COXA DIREITA
RX DE JOELHO DIREITO
EXAMES LABORATORIAIS.

TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO + CORREÇÃO VASCULAR + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO AVALIADO POR CIR. VASCULAR E OPERADO POR DR. FELIFE SENA + CIRURGIA SEQUENCIAIS COM RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE E EM 3º TEMPO - REDUÇÃO + FIXAÇÃO CRUENTE DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL OPERADO POR DR. ROBERTO, IMOBILIZADO COM TALA INGUINOPODALICA. FEZ TRATAMENTO PARA OSTEOMIELITE TIBIAL DIREITA RESOLVIDA, MEDICADO.

ALTA HOSPITALAR: 01/05/15 COM RETORNO HTOP
DATA DA EMISSÃO: 11/08/2015

Dr. Joacilla Braga Brandão
CRM: 1741/PB

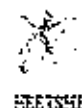
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

CÓPIA



LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA



Nome: <u>Walter T. Tassin</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>06.01.13</u>				Data da alta: <u>01.03.13</u>	
Diagnóstico inicial: <u>Infecção de pele de tórax</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
Terapêutica medicamentosa: <u>Osteomielite de tórax</u>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Infecção de pele de tórax, evoluindo para osteomielite de tórax, com abscesso de parede torácica.</u> <u>Tratado com antibioticoterapia e drenagem cirúrgica.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Reposo:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>01 de 03 de 13</u>					
Ass. Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

CÓPIA

F(NG).APC.002-2

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAUPE UNIVERSITÁRIO - DPO		RESUMO DE ALTA Referência e Contra Referência - CCIH		EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FLORES	
Nome: <u>Wagner Lauretino Cassiano</u>		Nº Prontuário: <u>11541273</u>		Nº Reg: <u>1</u>	
Idade: <u>15</u>		Sexo: <u>M</u>		CSE: <u>1.5.11.1</u>	
Clínica: <u>NERV. PERIFÉRICO</u>		Enf: <u>309</u>		Leito: <u>11</u>	
DATA DA EMISSÃO: <u>11/09/17</u>		DATA DA ALTA: <u>07/09/17</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>11.20</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>LESÃO GRAVE DO NERVO FIBULAR DIREITO</u>		C.I.D.: <u>53.41</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O MESMO</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS: <u>NIL</u>					
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Exame físico</u>					
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE: <u>Exploração cirúrgica do nervo fibular dir. - 07/09/17</u>		Dr. Vagner Lauretino			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: <u>17.53.40</u>					
DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA: <u>nil</u>					
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORANDO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES):					
Paciente foi vítima de acidente motorciclístico, tendo sofrido a perna direita, com fratura de tíbia e fêmur, e lesão do nervo fibular comum direito. Foi submetido a cirurgia e colocação de placa e parafusos. Após a cirurgia, o paciente apresentou dor e inchaço na perna direita. Foi realizado tratamento com analgésicos e anti-inflamatórios. O paciente foi orientado sobre cuidados com a perna e sobre a importância de manter a elevação da perna. O paciente foi encaminhado para o ambulatório de acompanhamento.					
ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA: <u>17.53.40</u>					
DIETA: <u>líquida, sem A. L. D.</u>					
REPOUSO: Repouso relativo em casa por <u>10</u> dias.					
Retorno às atividades sem esforços físicos em <u>10</u> dias.					
Retorno às atividades com esforços físicos leves em <u>10</u> dias e com esforços mais pesados em <u>10</u> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário.					
RETORNO: <u>10/09/17</u>		Ao ambulatório de EGRESSOS em <u>09/10/17</u>		para retirada de pontos.	
Data: <u>07.08.15</u>					

COPIA



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	WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
DATA DE NASCIMENTO	06/05/00
NOME DA MÃE	VERONICA LAURENTINO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	826.807	Documentação médico - hospitalar 	
PRONTUÁRIO N.º	88.752		
DATA DO ATENDIMENTO	06/04/15		
HORA DO ATENDIMENTO	15:31H		
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA EM EXTREMIDADE PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA COM LESÃO NEUROVASCULAR		
CID 10	V29 + S82.1.1 + S85.9.1 + M86.1		

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PROCEDENTE DE MAMANGUAPE, SOCORRIDO PELO SAMU, COM DOR + DEFORMIDADE EM JOELHO E PERNA DIREITA + LESÃO DE PARTES MOLES + LESÃO NEUROVASCULAR + AUSÊNCIA DE PULSO E FLUXO EM PEDIOSA. GLASGOW 15

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PERNA DIREITA - RELATO COT = FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL GRAVE COM PERDA ÓSSEA.

RX DE COXA DIREITA.

RX DE JOELHO DIREITO.

EXAMES LABORATORIAIS.

TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO + CORREÇÃO VASCULAR + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. AVALIADO POR CIR. VASCULAR E OPERADO POR DR. FELIFE SENA + CIRURGIA SEQUENCIAIS COM RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE E EM 3º TEMPO - REDUÇÃO + FIXAÇÃO CRUENTE DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL. OPERADO POR DR. ROBERTO. IMOBILIZADO COM TALA INGUINOPODÁLICA. FEZ TRATAMENTO PARA OSTEOMIELOTE TIBIAL DIREITA RESOLVIDA. MEDICADO

ALTA HOSPITALAR:	01/05/15 COM RETORNO HTOP
DATA DA EMISSÃO:	11/08/2015


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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

27 JUL 2015
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

SECRETARIA

Nome: <u>Walter T. Tassin</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>06.04.15</u>				Data da alta: <u>01.05.15</u>	
Diagnóstico inicial: <u>fratura de osso da tíbia</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<u>Osteossíntese da tíbia</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologista:					
Condições de alta: Melhorado(☒) Removido() A pedido() Curado() Óbito()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>fratura de osso da tíbia fechada do 29.01.15</u> <u>por Dr. Roberto / Dr. Moraes</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa, <u>01</u> de <u>05</u> de <u>15</u>					
Ass. Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINSTERIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

CÓPIA

F(NG).APC.002-2

RESUMO DE ALTA
Referência e Contra Referência - CCIH

Nome: <u>Walter Laurentino Cassimiro</u>		N.º Prontuário: <u>11541273</u>	N.º Reg: <u>7</u>
Idade: <u>15a</u>	Sexo: <u>M</u>	CSE: <u>NCR/Pediatria</u>	Enf.: <u>309</u>
		Clínica: <u>NCR/Pediatria</u>	Leito: <u></u>

DATA DA EMISSÃO:	DATA DA ALTA: <u>27/02/15</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA:
------------------	-------------------------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL:	C.I.D.
----------------------	--------

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	
-------------------------	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS:	
----------------------	--

PRINCIPAIS EXAMES:	
--------------------	--

CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:	
-------------------------------------	--

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:	
----------------------------	--

DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:	
----------------------------	--

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO
--	--

RESULTADO BACTERIOLOGIA:	
--------------------------	--

CONDIÇÕES DE ALTA:	
--------------------	--

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES)	
--	--

Paciente foi vítima de acidente motociclístico, tendo fraturado a perna direita após procedimento cirúrgico e colocação de gesso, o nervo fibular comum direito foi comprimido, quando o paciente começou a não conseguir fazer a dorsiflexão do pé direito ("pé caído"), além de dor intensa na face lateral do pé. Realizada então descompressão cirúrgica do tal nervo, através de microcirurgia. Paciente recebe alta em bom estado geral, recebendo as devidas orientações quanto aos cuidados com o ferido operatório e mobilização do membro acometido.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
----------------------	--

DIETA: <u>LIQUIDA PARA A IDADE</u>	
------------------------------------	--

REPOUSO:	
----------	--

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	
-----------------------------------	--

RETORNO:	
----------	--

RETORNO:	
----------	--

RETORNO:	
----------	--

DATA:	
-------	--

DATA:	
-------	--

CÓPIA

Dr. Walter Laurentino Cassimiro
Neurocirurgião
Ass. Médico/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

156



Walber Laurentino Cassimiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.964.872

DATA DE EXPEDIÇÃO

26/05/2011

WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

ANTONIO JUNIOR CASSIMIRO

VERONICA LAURENTINO

NATURALIDADE

SANTA RITA - PB

DATA DE NASCIMENTO

06/05/2000

NASC. N. 17028 FLS. 190 LIV. A-17

CARTÓRIO CRUZ DO ESP. SANTO - PB

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 2009

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

132.863.144-39

Nome

WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Nascimento

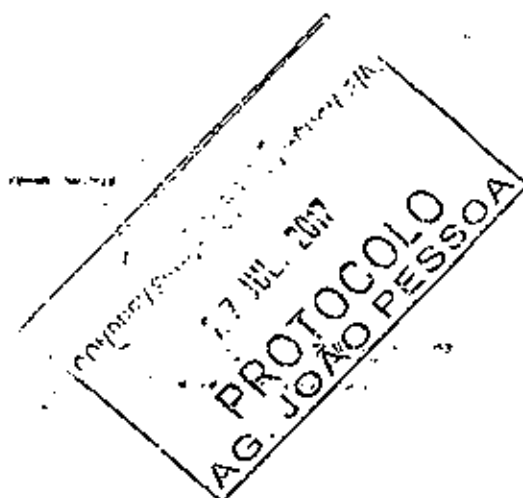
06/05/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



CÓPIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

156

Walber Laurentino Cassimiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.964.872 DATA DE EMISSÃO 26/05/2011

NOME WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

FILIAÇÃO ANTONIO JUNIOR CASSIMIRO
VERONICA LAURENTINO

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/2000

DOC 00000000

NASC N 17028 FLS 190 LIV A-17

CARTÓRIO CRUZ DO RSP SANTO-PB

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 22/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 132.863.144-39

Nome WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Nascimento 06/05/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

20219/17
oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09

Documentos de identificação



ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09

AG. FISCAL DO LOCO PESSOA

CÓPIA



Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cruz do Espírito Santo

Outros



Processo n.º: 0800103-24.2016.8.15.0291

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO,
ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR(S):

Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Endereço: RUA JOSÉ CARLOS DE MELO, 09, centro, CRUZ E
SANTO - PB - CEP: 58337-000Advogados do(a) AUTOR: STEPHANIE CAMILA MACENA
DA SILVA - PB21702, JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA
- PB12519, SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA -
PB10523

RÉU(S):

Nome: SEGURADORA LIDER DOS
CONSORCIOS S/AEndereço: R SENADOR DANTAS, 76,
5º, 6º, 9º, 14º e 15º andar, CENTRO, RIO
DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205Advogados do(a) RÉU: BRUNO
ROBERTO ARANHA FERNANDES -
PB17263, WILSON SALES BELCHIOR
- CE17314-A**SENTENÇA**

Vistos, etc.

Trata-se de Ação para pagamento de seguro obrigatório DPVAT.

A parte autora não demonstrou nos autos que tivesse feito requerimento administrativo prévio e, na própria inicial, deixa patente que, de fato, não requereu o pagamento pleiteando diretamente à seguradora.

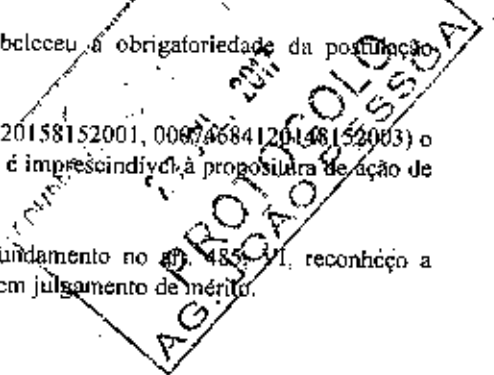
Analisando os fundamentos sobre o tema, percebe-se que, de fato, o **Supremo Tribunal Federal**, através de decisão proferida pelo **Min. Luiz Fux**, estabeleceu, expressamente, a necessidade de procedimento administrativo prévio para configuração de interesse de agir na ação que pleiteia o pagamento de seguro obrigatório DPVAT.

STF - RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. DPVAT. NECESSIDADE DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. INEXISTÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. MATÉRIA COM REPERCUSSÃO GERAL. JULGADA PELO PLENÁRIO DO STF NO RE 631.240. RECURSO DESPROVIDO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO 839.353.

Tal decisão foi proferida com fundamento no julgado de repercussão geral que estabeleceu a obrigatoriedade da postulação administrativa prévia em questões previdenciárias (STF RE 631.240).

Diante desse parâmetro, através de diversos julgados (00618404320148152001, 00062799720158152001, 00074684120148152003) o Tribunal de Justiça da Paraíba passou a entender que o requerimento administrativo prévio é imprescindível à proposição de ação de cobrança de seguro DPVAT.

Diante do exposto, acatando a fundamentação do Supremo Tribunal de Justiça, com fundamento no art. 485, VI, reconheço a inexistência de interesse processual, indefiro a petição inicial e decreto a extinção do feito sem julgamento de mérito.



P. R. I.

Após o trânsito em julgado archive-se.

Cruz do Espírito Santo, 7 de abril de 2017.

Eduardo R. de O. Barros Filho

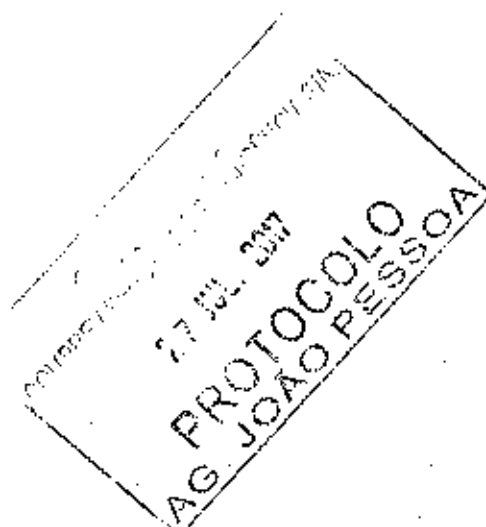
Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO
<http://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 7326804



17040714273652900000007183648





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cruz do Espírito Santo

Processo n.º: 0800103-24.2016.8.15.0291

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO,
ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS
CONSORCIOS S/A

Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Nome: SEGURADORA LIDER DOS
CONSORCIOS S/A

Endereço: RUA JOSE CARLOS DE MELO, 09, centro, CRUZ E
SANTO - PB - CEP: 58337-000

Endereço: R SENADOR DANTAS, 76,
5º, 6º, 9º, 14º e 15º andar, CENTRO, RIO
DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Advogados do(a) AUTOR: STEPHANIE CAMILA MACENA
DA SILVA - PB21702, JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA
- PB12519, SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA -
PB10523

Advogados do(a) RÉU: BRUNO
ROBERTO ARANHA FERNANDES -
PB17263, WILSON SALES BELCHIOR
- CE17314-A

CERTIDÃO DE TRÂNSITO EM JULGADO

Certifico que a sentença retro dos presentes autos transitou em julgado na data de 24 de maio de 2017, sem oposição de recursos.

Cruz do Espírito Santo, 31 de maio de 2017.

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

Assinado digitalmente



Assinado eletronicamente por: RENATA BRASILEIRO RAMOS GALVÃO MONTEIRO
<http://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.spx>
ID do documento: 8067534

27 JUL 2017
PROTOCOLO
G. JOAO PESSOA
17053111221392100000007902903



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

0610613000

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA WALTER LAURENTINO CASSIMINHO
DATA DO ACIDENTE 06/04/2005 CPF DA VÍTIMA 132.963.199-39
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARARENTESCO COM A VÍTIMA WALTER LAURENTINO CASSIMINHO
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº 09 COMPLEMENTO _____ BAIRRO SENTINÇA
CIDADE CEILÂNDIA UF RS CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (51) 98940-9085

MARQUE UM PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DE QUAL. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) Sentinça
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR: O LAUDO DO IMIL - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ÚLTIMA OFENSIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRIDAS EM DESEQUILÍBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FÁBRICA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MONTE - R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01/07/2007

IDENTIDADE: 3.964.872

ASSINATURA Walter Cassimino

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME X

ASSINATURA _____

Walter Cassimino



Outros



ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0717
22/01/2018 11:58:18

adailton.oliveira.0717
22/01/2018 11:58:18

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO,
ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR(S):

Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO,
Endereço: RUA JOSE CARLOS DE MELO, 09, centro, CRUZ E SANTO - PB - CEP: 58337-000

RÉU(S):

Nome: SEGURADORA LIDER DOS
CONSORCIOS S/A
Endereço: R SENADOR DANTAS, 76,
5º, 6º, 9º, 14º e 15º andar, CENTRO, RIO
DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Advogados do(a) AUTOR: STEPHANIE CAMILA MACENA
DA SILVA - PB21702, JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA
- PB12519, SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA -
PB10523

Advogados do(a) RÉU: BRUNO
ROBERTO ARANHA FERNANDES -
PB17263, WILSON SALES BELCHIOR
- CE17314-A

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0717
22/01/2018 11:58:18 SENTENÇA

adailton.oliveira.0717
22/01/2018 11:58:18

Vistos, etc.

Trata-se de Ação para pagamento de seguro obrigatório DPVAT.

A parte autora não demonstrou nos autos que tivesse feito requerimento administrativo prévio e, na própria inicial, deixa patente que, de fato, não requereu o pagamento pleiteando diretamente a seguradora.

Analisando os fundamentos sobre o tema, percebe-se que, de fato, o Supremo Tribunal Federal, através de decisão proferida pelo Min. Luiz Fux, estabeleceu, expressamente, a necessidade de procedimento administrativo prévio para configuração de interesse de agir na ação que pleiteia o pagamento de seguro obrigatório DPVAT.

STF - RECURSO EXTRAORDINÁRIO, CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. DPVAT. NECESSIDADE DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. INEXISTÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. MATÉRIA COM REPERCUSSÃO GERAL JULGADA PELO PLENÁRIO DO STF NO RE 631.240. RECURSO DESPROVIDO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO 839.353.

Tal decisão foi proferida com fundamento no julgado de repercussão geral que estabeleceu a obrigatoriedade da postulação administrativa prévia em questões previdenciárias (STF RE 631.240).

Diante desse parâmetro, através de diversos julgados (00618404320148152001, 00062799720158152001, 00074684120148152003) o Tribunal de Justiça da Paraíba passou a entender que o requerimento administrativo prévio é imprescindível à proposição de ação de cobrança de seguro DPVAT.

Diante do exposto, acatando a fundamentação do Supremo Tribunal de Justiça, com fundamento no art. 485, VI, reconheço a inexistência de interesse processual, indefiro a petição inicial e decreto a extinção do feito sem julgamento de mérito.

CÓPIA

P. R. I.

Após o trânsito em julgado archive-se.

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

Eduardo R. de O. Barros Filho
Juiz de Direito

Assinado eletronicamente por: EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO
<http://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento?ID=7326804>
ID do documento: 7326804

1704071427365290000007183648

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

COLO
Pessoa

CÓPIA



Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cruz do Espírito Santo

ASL-02302-19/17
adaillon.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17
Processo nº 0800103-24.2016.8.15.0291

ASL-02302-19/17
adaillon.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO,
ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS
CONSÓRCIOS S/A

Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Nome: SEGURADORA LIDER DOS
CONSÓRCIOS S/AEndereço: RUA JOSE CARLOS DE MELO, 09, centro, CRUZ E
SANTO - PB - CEP: 58337-000Endereço: R SENADOR DANTAS, 76,
5º, 6º, 9º, 14º e 15º andar, CENTRO, RIO
DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205Advogados do(a) AUTOR: STEPHANIE CAMILA MACENA
DA SILVA - PB21702, JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA
- PB12519, SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA -
PB10523Advogados do(a) RÉU: BRUNO
ROBERTO ARANHA FERNANDES -
PB17263, WILSON SALES BELCHIOR
- CE17314-A

ASL-02302-19/17
adaillon.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17

ASL-02302-19/17
adaillon.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17

CERTIDÃO DE TRÂNSITO EM JULGADO

Certifico que a sentença retro dos presentes autos transitou em julgado na data de 24 de maio de 2017, sem oposição de recursos.

Cruz do Espírito Santo, 31 de maio de 2017

ASL-02302-19/17
adaillon.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17
ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

Assinado digitalmente

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA
27 JUL 2017

ASL-02302-19/17
adaillon.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17

ASL-02302-19/17
adaillon.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17

Assinado eletronicamente por: RENATA BRASILEIRO RAMOS GALVAO MONTEIRO
http://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam=
ID do documento: 8067534

1705311122139210000007902903

CÓPIA

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

0610513000

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA WALTER LAURENTINO CASIMIRO

DATA DO ACIDENTE 06/04/2015 CPF DA VITIMA 132.963.194-39

PORTADOR DO DOCUMENTO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIR PARANTECO COM A VITIMA WALTER LAURENTINO CASIMIRO

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº 01 - CORRELAMENTO

CIDADE BOA VISTA UF PA CEP 01000-000

TELEFONE (011) 9894-0000

EMAIL

MARQUE X PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTERINHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA DE TRABALHO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) BOLHÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CONSERVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JORNALADA

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) QUE CONTERE A EXISTÊNCIA DE DANOS BASTANTES TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CUSTO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTERINHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CONSERVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JORNALADA

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) QUE CONTERE A EXISTÊNCIA DE DANOS BASTANTES TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CUSTO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTERINHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) BOLHÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JORNALADA

(X) CONSERVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JORNALADA

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) QUE CONTERE A EXISTÊNCIA DE DANOS BASTANTES TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CUSTO BANCÁRIO

(X) CONSERVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CONSERVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CONSERVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTERINHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CONSERVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JORNALADA

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) QUE CONTERE A EXISTÊNCIA DE DANOS BASTANTES TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CUSTO BANCÁRIO

() CONSERVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CONSERVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

INVALIDEZ PERMANENTE - ART 65 11. PODE SER VALOR MÁXIMO COMPARADO AO VALOR DE INDEMNIZAÇÃO DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/2014

COPIA

Sinistros

Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico

Data	Ação	Comentários	Visualizar
22/08/2017 15:07	Cancelar processo	Sinistro cancelado por Francisco Eduardo Broering Gomes (Investprev Seguradora S/A) devido a inconsistência de campos chave.	
22/08/2017 11:35	Distribuir	Francisco Eduardo Broering Gomes (Investprev Seguradora S/A) encaminhou a regulação do sinistro para Francisco Eduardo Broering Gomes Sinistro encaminhado para o estado Regulação Distribuição por Amanda do Amaral Tavares (Seguradora Lider).	
22/08/2017 09:43	Autorizar	A regulação administrativa pode prosseguir, tendo em vista a extinção do processo judicial sem resolução do mérito, ficando sob responsabilidade da seguradora a análise global do evento.	
07/08/2017 20:26	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker (Recall do Brasil Ltda) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
04/08/2017 10:45	Emissão de protocolo	O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que recebeu os documentos da remessa. Aviso Seguradora Lider de Invalidez registrado por: Usuário: MARCELA DO CARMO DE LIMA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: CompreV Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0290219/17	
27/07/2017 14:34	Aviso Seguradora Lider	Dados da vítima Vítima: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO CPF: 04910202447 CPF de Representante: Titular do CPF: VERONICA LAURENTINO Data de nascimento: 06/05/2000 Data do sinistro: 06/04/2015	  

 Editar Documentos

 Cancelar



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028252/18
Vítima: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
CPF: 132.863.144-39

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 06/04/2015
Titular do CPF: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

VERONICA LAURENTINO : 049.102.024-47

Documentos de identificação

WALBER LAURENTINO CASSIMIRO : 132.863.144-39

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2018
Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
CPF/CNPJ: 132.863.144-39

WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA