



Número: **0844736-75.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.050,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BRUNO CAETANO DA SILVA (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63204927	26/11/2020 13:58	2769064_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077791

Vítima: BRUNO CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO CAETANO DA SILVA

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

Carta nº 15522674

Pag. 00717/00718 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077791

Vítima: BRUNO CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRUNO CAETANO DA SILVA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: BRUNO CAETANO DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 004

Agência: 00000236

Conta: 000000006035-0

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

709.054.974-73

4 - Nome completo da vítima:

Bruno Caetano da Silva

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

5 - Nome completo:

Bruno Caetano da Silva

6 - CPF:

709.054.974-73

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Site, João de Barros

9 - Número:

336

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Nova descoberta

12 - Cidade:

Ceara Mirim

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59570-000

15 - E-mail:

(84) 99134-3086 (4) 99806-1091

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)

AGÊNCIA: 00136

CONTA: 00000035

(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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ 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 (já nasceu)?

☐ 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

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, Parnamirim ou de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019





CORRENTE





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM - CEARÁ-MIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060953/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/11/2019 14:59 Data/Hora Fim: 20/11/2019 15:15
Delegado de Polícia: Karen Cristina Lopes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Ceará Mirim
Data/Hora do Fato: 15/11/2019 09:00

Local do Fato

Município: Ceará-Mirim (RN)
Logradouro: RUA GAL. JOÃO VARELA

Bairro: CENTRO
Nº: SN

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA BEATRIZ CAETANO DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Feminino Nasc: 05/08/1994
Profissão: Frentista
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA ZILMA DA SILVA Nome do Pai: WNILSON CAETANO DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 116.586.484-39
RG - Carteira de Identidade: 3241735

Endereço

Município: Ceará-Mirim - RN Nº: 695
Logradouro: RUA AMAZONAS CEP: 59.570-000
Bairro: PLANALTO
Telefone: (84) 99152-5550 (Celular)

Nome Civil: BRUNO CAETANO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/01/1997
Profissão: Não Informado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA ZILMA DA SILVA Nome do Pai: Wnilson
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 709.054.974-73
RG - Carteira de Identidade: null

Endereço

Município: Ceará-Mirim - RN Nº: 409
Logradouro: RUA QUATRO



Delegado de Polícia Civil: Karen Cristina Lopes
Impresso por: Caio Graco Varela do Nascimento
Data de Impressão: 20/11/2019 15:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM - CEARÁ-MIRIM - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 060953/2019

Bairro: CONJ. JOÃO DE BARRO
Telefone: (84) 99116-4295 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Ceará-Mirim - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 116.586.484-39

Renavam 01150214098

Número do Chassi 9C2JB0100JR021929

Cor VERMELHA

Município Veículo Ceará-Mirim

Modelo HONDA/POP 110I

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 20/04/2018

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa QGP8342

Número do Motor JB01E0J021980

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

UF Veículo Rio Grande do Norte

Marca/Modelo HONDA/POP 110I

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

ANA BEATRIZ CAETANO DA SILVA

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA D.P. P/ NOS INFORMAR QUE SEGUIA PELA RUA PRINCIPAL PILOTANDO A MOTO QUANDO, DE REPENTE, UM VEÍCULO QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, CRUZOU A RUA E COMO NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR HOVE A COLISÃO. QUE SEU IRMÃO, A VÍTIMA, QUE VINHA DE CARONA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DR. PERCÍLIO ALVES. MAS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MONS. WOLFREDO GURGEL. QUE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA NO PÉ DIREITO. NADA MAIS DISSE.

BOLETIM DE Ocorrência PARA FINS DE SEGURO DPVAT

ASSINATURAS


Caio Graco Varela do Nascimento
agente de polícia civil
Matrícula 1652001

Responsável pelo Atendimento


ANA BEATRIZ CAETANO DA SILVA
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Karen Cristina Lopes
Impresso por: Caio Graco Varela do Nascimento
Data de Impressão: 20/11/2019 15:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200077791 **Cidade:** Ceará-Mirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 15/11/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P.5,7)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO(PÁGINA 01) DO MÉDICO(ILEGÍVEL) COM DATA DE 29/11/2019.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

709.054.974-73

4 - Nome completo da vítima:

BRUNO CAETANO DA SILVA

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

5 - Nome completo:

BRUNO CAETANO DA SILVA

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Site João de Barros

6 - CPF:

709.054.974-73

11 - Bairro:

Nova descoberta

12 - Cidade:

Casa Nirim

9 - Número:

336

10 - Complemento:

Casa

15 - E-mail:

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59540-000

16 - Tel.(DDD):

(84) 99134-3056 (4) 99806-1091

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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 (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 nascer(a) filho(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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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, Panamirim 04 de dezembro de 2019.

BRUNO CAETANO DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019





BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO CAETANO DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00236

CONTA: 000000006035-0

Nr. da Autenticação A57E697DDA01155C



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 133973734



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 29/04/2002
Ligação Guarulhos
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Telefones 0800 251 0542
-Ouvidoria 0800 054 0404

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 57,42

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
03/09/2019
DATA DA APRESENTAÇÃO
03/09/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
029453800

CONTA CONTRATO
7001931380
CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Médio/Alta
R1

CONSUMO
71

15.00 value of unpaid P & G

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Author's address: Department of Psychology,
University of Illinois at Chicago, Chicago, IL 60607-7181,
USA.
E-mail: shawn@uic.edu

DATA CONTRASTO

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO

10/09/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838300000064 574200384076 001931380209 U:4695738135

8383000004 5/2/2005

autofinanciamento, cossen.com.br/NDP_DCSRUJES_D-thome-theologw-sap.com/serve/lllogin_mecowirpa.com.RFCQConvertsansServer?jres=1&codindicallboder=true&u=35&refaturacd=true&canal=701stres

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 26/11/2020 13:58:54
<https://pje1g.trjn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112613585401800000060589442>
 Número do documento: 20112613585401800000060589442

Num. 63204927 - Pág. 12





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcander Bernardino de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Bruno castano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.054.974 / 73
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz/damr da Vítima Bruno castano da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.054.974 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Brasilício Camilo</u>	Número: <u>122</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Anequim</u>	Cidade: <u>Goianinha</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59173-000</u>	Tel.(DDD): <u>(84) 99806-1091</u> <u>/84) 99134-3008</u>

Local e Data: Barmanirim 04 de Dezembro de 2019.

Marcander Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



#laudo de laudo#

#laudo de laudo de laudo - 2000

15/11/2019

#laudo de laudo de laudo de laudo
que vai ser um laudo de laudo de laudo

de laudo.

#laudo de laudo de laudo de laudo
de laudo de laudo de laudo.

#793

S99.

Dr(a):

Dr. Tiago Roberto de Oliveira
Ortopedista e Fisioterapeuta
CRM 000000000

Data:

29/11/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARANAMIRIM:	NATAL:
Rua Juvenal Laranjeira, 119 Centro Fone: (54) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Juvenal Laranjeira, 119 Vila Brasil Fone: (54) 3315-6900	Rua Juvenal Laranjeira, 119 Centro Fone: (54) 3315-6900	Rua Juvenal Laranjeira, 119 Vila Nova Fone: (54) 3315-6900	Rua Juvenal Laranjeira, 119 Vila Nova Fone: (54) 3315-6900







SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 59506 /2019

BOLETIM COM REGISTRO DE Admissão: 15/11/2019 11:40:29

EM. SAÍDA 15/11/19

CIRURGIA GERAL - AMARELO

7.2

Paciente: 151886 - BRUNO CAETANO DA SILVA (22 a 9 m 29 d)

Nascimento: 17/01/1997

Natural: CEARA-MIRIM, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 70905497473

Prof:

Mãe: MARIA ZILMA DA SILVA

Pai: WNILSON CAETANO DA SILVA

Logradouro: JOAO DE BARROS, 409

CEP: 59570000

Bairro: NOVA DESCOBERTA

Cidade: CEARA-MIRIM

Telefone: 84 992208026

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 15/11/2019 11:35:37

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO CAVALO NO PE DIREITO

Horas: 15/11/19

Acidente interno de trânsito de trânsito
(colisão moto x moto) no asfalto, sem
trabalho nenhum, pois de acidente durante o
trabalho; não se sabe por qual motivo

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por LUCIENE MARIA DO NASCIMENTO . Impresso em 15 de Novembro de 2019.

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALÉRGICAS) <u>Neg</u>		
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u></u>		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <u></u>		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) <u></u>		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) <u></u>		
V (PASSADO VACINAL) <u></u>		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM) <u>Ex p. D DP/ufal</u>	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS <u>Rodrigo Viana</u> Cirurgia Torácica Broncoscopia CRM/RN 5238	
CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	OUTROS	
	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / /	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fim de S. (M.D.)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 20/11/19
MAT. N. 1870873
OUTROS: SAME
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
ASSINATURA

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) Dor
2) Medus
3) Cda Beto Camada S/S
4) Selo do ponto de unho
introdução e inc. do ombuldo da

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ESTADO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

EXAME NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

DATA:

DATA: 15/11/19 HORA: 10h

Exame Médico ☐

À Revelia ☐

Transferido para: *Intubação*

OUTRO:

DATA: / / HORA:

Exame à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Carimbo de Assinatura e Carimbo
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5148

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

ESTADO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

EXAME NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

DATA:

DATA: / / HORA:

Exame Médico ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

OUTRO:

DATA: / / HORA:

Exame à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal, (fita com fita com o desfecho de uma pessoa atendida, os olhos for margem 4, se não 3.)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Resposta verbal (RVV)	
Orientado (Responde nomeando o aparelho em português sobre os olhos, onde se encontra, o tempo, o lugar, o dia e o mês.)	5
Confundido (Responde em português orientado, mas há alguma distorção ou confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas sem troca de sílabas)	3
Sons indistintos. (Responde sem utilizar palavras.)	2
Silêncio.	1
Resposta motora (RMV)	
Obedece a ordem verbal. (Faz movimentos simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta motora de dor.	4
Palavras não há (Desorientado).	3
Palavras não há (Desorientado).	2
Palavras não há (Desorientado).	1

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15E = 4
	9-12E = 3
	6-8E = 2
	4-5E = 1
	3E = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	20-30 = 3
	8-9 = 2
	1-7 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	75-90 = 3
	60-75 = 2
	40-60 = 1

² "Escola de Triunfo Revoltado [TR]: Um índice de sobrevivência para pacientes de triunfo febre. Referência: Adolpho de Chagrinha S.R. Saco. WJ. Copier, et al. A revolução do triunfo, 1909. J. Triunfo 1910 424, 1909.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE,
(ATLE 2009)*

03 - Grave (necessidade de intervenção imediata);
08 - Moderado;
14 - Leve

* Reference: TEASDALE G, JENNET B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale, *Lancet* 1974;1:81-84

²² A escola propõe aplicar-se a docentes capacitadas e trabalhar com idade superior a 3 anos. Na Escola Quilômetro 20 de agosto, que atende a comunidade do sul do município, não há docentes suficientes.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa
0	1	2	3





PREFEITURA DE CEARÁ-MIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR. PERCÍLIO ALVES

NOME: Bruno Cardoso de Almeida

ENDEREÇO: _____
Ceará-Mirim, ____/____/____

Encaminhamento

Paciente Glasgow 15,
hemodinamicamente
estável PA: 120/80;
fc: 85; fr: 18; SPO2: 100%.

100% O2
Vítima de acidente de
trânsito (colisão moto-
carro). Ao RX: fratura
em 5º metacarpo do 1º
dígito.
Feito: traqueal e voltagem

Gastone Camillo ^{15 NOV 2019}
Médico
CRM 8361/RN
CRM: _____







**SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR
WALFREDO GURGEL**
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BRUNO CAETANO DA SILVA

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N

NATAL / RN - CEP 59.015-380

FONE: (084) 3232-7500

C.G.C. 08.241.754/0102-99

R/

Uso Oral

1 - MAXSULID___400Mg___01Caixa (12)

Tomar um comprimido de 12/12 h por 03 dias.

(APÓS REFEIÇÕES)

----- X -----

→ AGENDAR NO POSTO DE SAÚDE DO
BAIRRO RETORNO AO AMBULATÓRIO DA
ORTOPEDIA

*** Retornar imediatamente em caso de:

- Dor intensa, febre, dedos roxos e/ou pálidos
- Inchaço, formigamento e/ou adormecimento dos dedos
- Outras alterações.

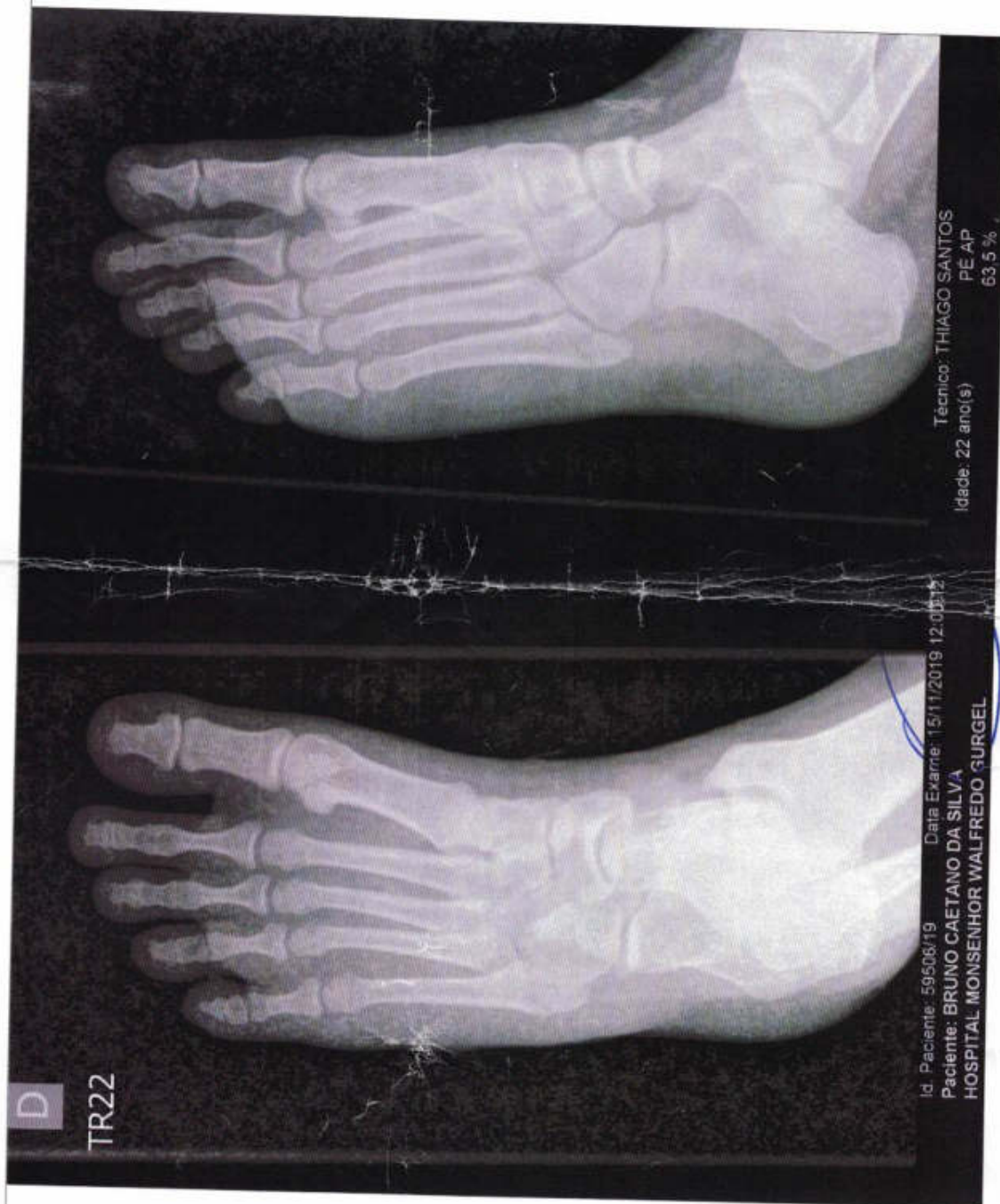
Fernanda Marcelina Flor Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5146

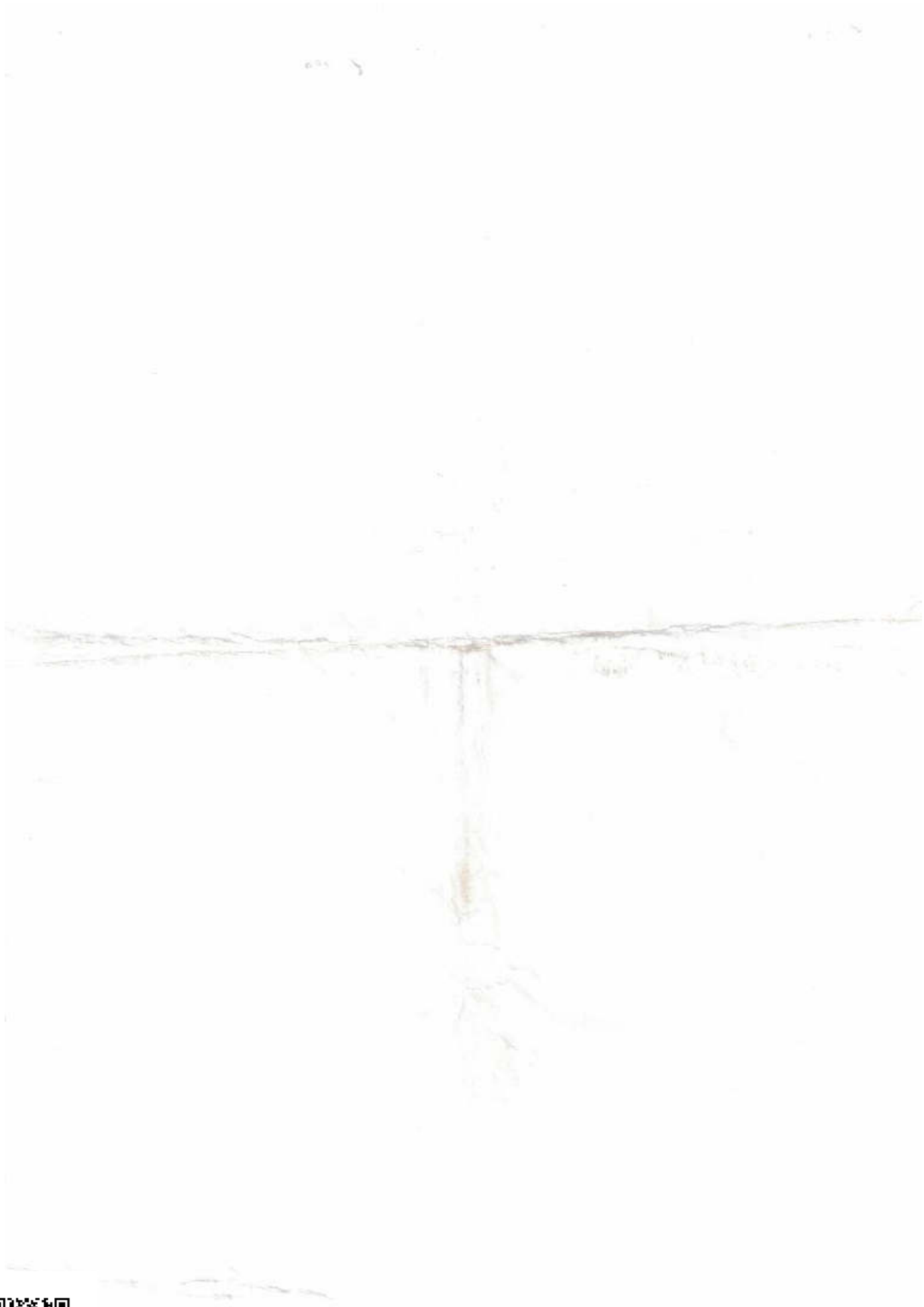
MEDICO - CRM

15/11/2019









**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

210.11890.68-4

8106562 0040 RN

BRUNO CAETANO DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CONFECCIONADA COM RECURSO DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

Esta é a Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo
Estado brasileiro em 1932, posteriormente reformulada
pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1964 e que aprova o CTT.
É o documento obrigatório para a existência de qualquer
emprego ou atividade profissional.

Nota: deverão ser registrados todos os dados
do Contrato de Trabalho, elementos básicos
para o reconhecimento dos seus direitos perante
a Justiça do Trabalho, bem como para a
obtenção da aposentadoria e demais benefícios
Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilita-
ção ao seguro desemprego e ao fundo de
Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste
documento e o seu estado de conservação,
expressam a conduta e qualificação e as atividades
profissionais do seu portador.

Por sua importância, é seu dever protegê-la e
cuidar-se para não deixar cair o registro de sua vida
Profissional e a garantia da preservação e validade
de seus direitos como trabalhador e cidadão,
contribui para assegurar o seu futuro e o de seus
dependentes, tendo validade, também, como
documento de identificação.

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

BRUNO CAETANO DA SILVA

FILIAÇÃO: WILSON CAETANO DA SILVA
MARIA ZILMA DA SILVA
SEXO: MASCULINO
NASCIMENTO: 17/01/1997
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: NATAL - RN
DOCUMENTO: C.N. 379991VA 90 FLS 177 - 01/02/2003 - SEGUNDO
CARTÓRIO JUDICIÁRIO - CEARÁ-MIRIM - RN
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996
CPF: 709.054.974-73
ZONA: SEÇÃO:
TIT. ELEITOR:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRT/ERN - 14/10/2014

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

PRINCÍPIO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

NOVA

DOCUMENTO

NOVA

DOCUMENTO

NOVA

DOCUMENTO

LEGENDA

A - CAMBIO | C - CANCELAMENTO | D - DESEMPENHO DE INTERESSE | E - OBRIGACAO NASCIMENTO
F - SUPLENCA DE ALEGAÇÃO | G - SUPLENCA DE ALEGAÇÃO

03









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RG 1894234 SSP RN

CPF 001.069.154-88 **DATA NASCIMENTO** 29/11/1982

PRIMEIRO NOME BERNARDINO DE
SOBRENOME SOUZA
MARIA JOSE DE LIMA

PROFISSÃO **ESTADO CIVIL** **DATA DAS**
RELAÇÕES **CONJUGAIS** **DE**
27/04/2024 **06/08/2024**

ASSINATURA
Bernardino de Souza

NATAL, RN **DATA DO REGISTRO** 29/04/2019

1760741813 **RIO GRANDE DO NORTE**



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Bruno Caetano da Silva

NACIONALIDADE: brasileiro

ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSÃO: Comerciante

IDENTIDADE: 37.939

CPF: 709.054.974-73

ENDEREÇO: Rua Sete, 136 João de Barros Nova Descoberta Ceará-Mirim-RN

OUTORGADO

NOME: Marcondes Bernardino de Souza

NACIONALIDADE: brasileiro

ESTADO CIVIL: casado

PROFISSÃO: Moto Boy

IDENTIDADE: 1.896.734

CPF: 061.089.354-80

ENDEREÇO: Rua Brasilisio Camilo, 122 Goianinha-RN

DATA DO ACIDENTE: 15/11/2019

COBERTURA: Invalidez/Danos

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

CEARÁ-MIRIM 04 DE FEVEREIRO 2019

LOCAL E DATA



BRUNO CAETANO DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062949/20

Vítima: BRUNO CAETANO DA SILVA

CPF: 709.054.974-73

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 15/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNO CAETANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

BRUNO CAETANO DA SILVA : 709.054.974-73

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: 14/02/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

