

**Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau****Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WSOL.20.00170373-0** em **07/12/2020 12:53:04**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Solonópole
Processo : 0050986-96.2020.8.06.0168
Protocolo : WSOL.20.00170373-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 07/12/2020 12:53:04

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados [Exibindo todos documentos](#) >>[Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2771680_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Documentação : 2771680_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-36.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605227

Vítima: ANTONIO GOMES

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO GOMES

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605227

Vítima: ANTONIO GOMES

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605227

Vítima: ANTONIO GOMES

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605227

Vítima: ANTONIO GOMES

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO GOMES

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190605227**

Vítima: ANTONIO GOMES

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO GOMES

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

Multa:	R\$ 81,51
Juros:	R\$ 3,58
Total creditado:	R\$ 1.435,09

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO GOMES

Valor: R\$ 1.435,09

Banco: 001

Agência: 000001150-9

Conta: 000010023373-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605227

Vítima: ANTONIO GOMES

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO GOMES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605227 **Cidade:** Solonópole **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GOMES **Data do acidente:** 04/10/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO - REGULARIZAÇÃO DO COTO). ALTA MÉDICA. (P1,4,7)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DO PÉ 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 DEBILIDADE ANATÔMICA TOTAL DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: RECUSA DE PERÍCIA.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	116.136.453-68	ANTONIO GOMES		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: ANTONIO GOMES				
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: AV TOTO RABELO	Estado: CEARA	CEP: 63620-000	CPF: 116.136.453-68
Endereço: SEM BAIRRO	Cidade: SOLONOPOLIS	Número: 01275	Complemento: 	
E-mail: 			Tel.(DDD): (181) 9719-4143	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ascale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3150** **9** CONTA: **23.373**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ **0** CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: **Solonopoli-CE, 30 de outubro de 2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Autenticação de pagamento

2º | Nome: _____

CPF: _____

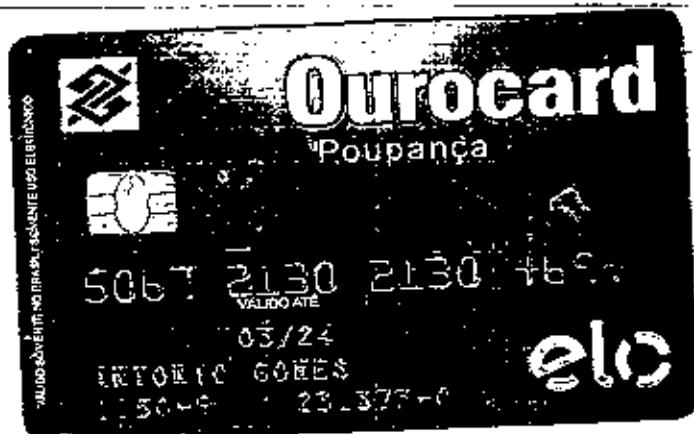


Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Central de Atendimento 88-4004 0001 (Capitais) 0800 729 0001 (Demais localidades)

ASSINATURA AUTORIZADA

840 0000 729-0722
Definitive 4-cent
8-cent rate
840 729-0722
Priority 85
840 729-0722

BANCO DO BRASIL

- Esta parceria é de uso privado. Não é aberta ao público geral.
- Não permite que outras pessoas contribuam à discussão.
- Em caso de perda ou roubo do cartão, só é possível pedir a quitação da agência do Banco do Brasil e contatar a operadora.

- Esta questão é de uso próprio. Não entregue a outras pessoas.
- Não permita que outras pessoas conheçam a sua senha.
- Em caso de perda ou roubo da credita, só credite a mesma a quem quer: agências do Banco do Brasil e controles de ordem.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
3190605227	116136453-68	ANTONIO GOMES	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MÉNSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: <u>ANTONIO GOMES</u>		CPF: <u>116136453-68</u>	
Profissão: <u>AGRICULTOR</u>	Endereço: <u>SITIO CASA NOVA</u>	Número: <u>1405-100</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>SEM BAIRRO</u>	Cidade: <u>SOLONOPOLÉ</u>	Estado: <u>CEARA</u>	CEP: <u>63620-000</u>
E-mail: <u>—</u>		Tel.(DDD): <u>(88) 997194143</u>	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1150** **9** CONTA: **23.373** **0**
 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão
d. Tel. da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado
Local e Data: Solonopole-CE, 09 de Abril de 2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

* Alboim Lider
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

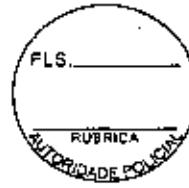
2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 554 - 575 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/09/2019 11:14:36**
Data / Hora da Ocorrência: **04/10/2018 12:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR226 - SOLONOPOLE/CE**
Ponto de Referência:

Boletim de ocorrência



Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO GOMES**
Nascimento: **03/01/1947** CPF: **1145366** Orgão Emissor: **SPSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA AUSIRA DE ANDRADE**
JOSÉ EURICO GOMES
Endereço: **SITIO NOBREZA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.620-000**
Município: **SOLONOPOLE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NO DIA 04 DE OUTUBRO DE 2018, QUANDO GUIAVA A MOTOCICLETA DE PLACA HWB6864, CHASSI: 9C6KE0100Y0001709, DE SUA PROPRIEDADE, SEGUINDO DO BAIRRO ALTO VISTOSO AO CENTRO DESTA CIDADE, LEVANDO NA GARUPA A PESSOA DE MARIA FRANCIELE ALVES DA SILVA, COLIDIU NA LATERAL DE UM VEÍCULO DE PLACAS NÃO ANOTADAS. QUE NA QUEDA O NOTICIANTE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES E TEVE UM DOS DEDOS DO PE ESQUERDO DECEPADO, CONFORME LAUDO MÉDICO EM ANEXO. NADA MAIS DISSE NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE POR ENCERRADO O PRESENTE PROCEDIMENTO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE

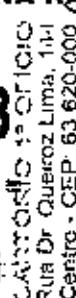
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Signature]*

MARCONDES LOURENÇO DOS SANTOS - MAT.: 155315-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Signature]*

VISTO DO DELEGADO(A): *[Signature]*

ANNA RAVENNA DE MATOS FERREIRA - MAT.: 301255-0-9



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Sou fe
Solonópole. *[Signature]* **04/10/2019**

Em testemunha *[Signature]* da verdade

José Fernandes Filho - Titular Interinamente

Ana Telma Pinheiro - Substituta

Maria Célia Pinheiro - Esc. Compromissada

Neuzinha Mânia Oliveira - Esc. Autorizada

Válido Somente com Selo de Autenticidade

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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
3190605227	116136453-68	ANTONIO GOMES		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MÉNSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: <u>ANTONIO GOMES</u>		CPF: <u>116136453-68</u>		
Profissão: <u>AGRICULTOR</u>	Endereço: <u>SITIO CASA NOVA</u>	Número: <u>1405-100</u>	Complemento: <u>—</u>	
Bairro: <u>SEM BAIRRO</u>	Cidade: <u>SOLONOPOLÉ</u>	Estado: <u>CEARA</u>	CEP: <u>63620-000</u>	Tel.(DDD): <u>(88) 997194143</u>
E-mail: <u>—</u>				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1150** **9** CONTA: **23.373** **0**
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão
d. Tel. da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado
Local e Data: Solonopole-CE, 09 de Abril de 2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Alboim Lider
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.435,09

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01150-9

CONTA: 000010023373-2

Nr. da Autenticação B2407E0EFAC13A8B

Autorizada pela Eletrobrás
Autorizada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enel

1736015

Para agilizar seu atendimento, entre em contato
sempre com seu encarregado de contas.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 014936044

Referência 18/2019

Nome ESPÉDITO CAETANO DA SILVA FILHO
Endereço AV TOTO SABELO, B1275, SFT BAIRRO 1405-050,
Cidade SOLONOPOLÉ
Modalidade Tarifaria B1 RESIDENCIAL
Ligação: Hora Física
ÁREA RESERVADA AO FISCO

Emissão 19/08/2019
Medidor 1821145-FAE-006
ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DA MEDIDAÇÃO

Período	Leit.	Leit.	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
	Anterior	Atual	Mês (kWh)	Int. (kWh)	Fat. (kWh)	Desf. (kWh)	(R\$)	(R\$)
PP	1.039	1.058	19	99	19	99	0,00773	16,35

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,00773	16,35
JUROS MORATÓRIOS	0	0,47
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00784	0,70
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03907	3,79
PARCELAMENTO MENSAL 3/10	0	38,02

Comprovante de residência

Tributo: Base (R\$): Alíquota (%): Valor (R\$):

ICMS	82,90	27,00	22,37
PIS	82,90	1,35	1,11
COFINS	82,90	6,16	5,09

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh). Compensação das emissões
pelo consumo de energia elétrica.

Emisão kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Compensação Ecologista (R\$) 0,00

0,00	0,00	0,00
------	------	------

Periodos: Bnd. Tarif.: Amarela : 21/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 20/08

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO GOMES

RG nº 2020 015296-6, data de expedição 22/01/2020, Órgão SSP

CPF nº 116.136.453-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório, em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio CASA NOVA</u>
Número	<u>1405 - 100</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>SEM BAIRRO</u>
Cidade	<u>SOLONOPOLIS</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63620 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 97194143</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SOLONOPOLIS-CE, 09 de ABRIL de 2020

Assinatura do Declarante: x (Antônio Gomes)

1491444

Ataleta Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de Abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 160
CEP 60125-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CIEF 08.125.848-3

engel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B) SÉRIE UNICA N.º 1491444-14963022
Rota SNS23R01 - 241250 Referência 02/2020
Nome FRANCISCO DE ASSIS CAMPELO
Endereço ST CASA NOVA, SEM BAIRRO 1405-100, 63620-000,
Classificação Rural Agrícola/pecuária
Modalidade Tensão B2 RURAL
Ligação Monofásica Emissão 05/02/2020
Medidor 1605696-TUE-019

ÁREA RESERVADA DO PSCD

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual Proxima prevista

03/01/2020 03/02/2020 03/03/2020

DADOS DA MEDIDOR

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Corre.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Inv. (kWh)	Consumo Faz. (kWh)	Tarifa (R\$ kWh)	Valor (R\$)
77	38.939	38.711	1.08	208	80	208	0,43139	89,73

DADOS DO FATURAMENTO

CONSUMO	TARIFA	VALOR (R\$)
ADITIONAL BAND. AMARELA	0,43139 0,01192	89,73 2,48

Tributo:	Base (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	92,21	1,20	1,11
COFINS	92,21	5,55	5,10

PERÍODO	DATA	VALOR (R\$)
12/01/2020	12/01/2020	92,71
CONSUMO CONSCIENTE		
EMISSões DE CO ₂ (kg/kWh) / Compensar suas emissões de consumo de energia elétrica		
Enviado kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Neutralizada Ecologicamente (kg CO ₂)

PERÍODO DE VENCIMENTO

Período: Band. Tarif.: Amarela : 08/01 - 31/01 Verde :
01/02 - 05/02

SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM
OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM
ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

Bro no. = 12:32

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

34

Nº CAD/SUS	70690014385537	DATA	04-10-18	Leito de Observação:	
Médico Plantonista:	Dr. Cílio	Enfermeira Plantonista:	Nayara		
Pressão Arterial:	100x180 mmHg	Temperatura:		P脉:	83 bpm

IDENTIFICAÇÃO

500 98%

Name: Antônio Gomes

Endereço: robozinho

Sexo: (A) MASC () FEM Idade: 72

Estado Civil: casado AUTENTICAÇÃO

Profissão: Aposentado

Naturalidade: Solonópole Autentico a presente cópia que é a



AVALIAÇÃO CLÍNICA

Queixa Principal:

História da doença atual: Pr. Vítima de agressão com golpe na cabeça, com perda de consciente, exposta ao PDRU com sangue e ferida profunda constante na região da nuca e c

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Otros Abertos	Melhor resposta motora	Resposta Verbal	Total (3-15)
Esportaneamente	04	Obedece	06
P/ Falar	03	Localiza dor	05
P/ Dor	02	Retraído	04
Não Responde	01	Flexão anormal	03
		Extensão	02
		Não Responde	01

Avaliar e Registrar: Nível de Consciência, se neurológico, na Escala Glasgow.

Exame Físico: EV 6-10 no motor Pecado 2-20

Neg. ref.

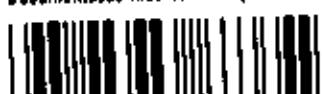
Abdomen: nor. amig

Extremidades: Fratura exposta 4-5 PDRU

Ferida profunda contusão na

Nega anamnese

Documentação médica - hospitalar



Impressão Diagnóstica: Fratura exposta 4-5 PDRU - Perna - Fratura

garante na neg. amig

Assistente: Cleonete Sá

Prescrição Médica

Anotações de Enfermagem

83

AUTENTICAÇÃO

2000 a presentarán datos para el informe de 2001.

CARTÃO
Rua Ur
Centro - C
[checkbox]
Maria Cândida
Nossa Senhora das Graças
e das Mercês
Vila São Pedro com Salto de Avelinhas
Vila São Pedro com Salto de Avelinhas



SECRETARIA
OLONÓPOLE
CONSTRUINDO o FUTURO

**Prefeitura Municipal de Solonópole
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital e Maternidade
M^a Suêlly Nogueira Pinheiro**

Our cities

BOLETIM DE ATENDIMENTO EXTERNO PEQUENA CIRURGIA

Name: Antonio Gomez

Idade: $\frac{1}{2}$

Residência: rua b, n.º 39

Naturalidade: 560

Estado Civil: solteiro

Queixa Principal: Febre, Vértigo e perda de equilíbrio - colisão com o carro e contusão gástrica E. FERRO - Sintoma constante e intensa

Procedimento Realizado: Montagem e teste de Fratura

George ANTISTEIN + PRESTON, 200 : 2000 20
2000

Data: 04 / 10 / 18

Ass. do Médico

Ass. do Paciente ou Responsável



100

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser reprodução
fiel do original que está sob asseveração Deu io
Sofônio 11 12º 120 19

Entstehungszeit: 1990-1991

Jose Fernandes Filho - Técnico Intervenções

Ansichten (Buchse) -

Kursus Octa Probera - Esej, Tesis dan Skripsi

Além das primeiras 500 compromissões
 Notícias Mais Gerais

■ HISTOIRE MATHÉMATIQUE - EST AUTOMNE 2000



PREFEITURA
OLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

01 Antônio Gomes
Início: Mês

Até o momento, um dos maiores fins, que o
Prefeito, Dr. Júlio, deu ao seu
Vitória dos Acidentes de moto em Araripe
em 2018, é o de aumentar a cobertura e
a eficiência da rede de saúde.

Uma das ações do Dr. Júlio
é a criação de uma nova
Unidade de Saúde no bairro

Maximino, que está sendo
desenvolvida no bairro de Fazenda
Velha, acompanhada de infraestrutura.

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)

610 101538.1

99.18.19

Dr. Luis M. Alvarado
20100
1-CE-12077

Dr. C. A. C. T.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: <u>H. M. M. S. N</u>	<u>16430002184</u>
Distrito Sanitário: <u>8º CRÉS</u>	Município: <u>Solanópole</u>
Nome: <u>Antônio Gomes</u>	
Sexo: <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>F</u> <input type="checkbox"/>	Prontuário Nº
Data de Nascimento: <u>03/01/1947</u> Ocupação: <u>Aposentado</u>	
Endereço: <u>St. Nazaré</u>	Bairro:
Tel:	

Motivo do Encaminhamento: <u>AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA / FRACTURA EXOS T1 NO 4º PDC.</u>			
Resultado do Exame: <u>MSV TEP</u>			
Consulta já Realizada: <u>CONSULTA CLÍNICA</u>			
Impressão Diagnóstica: <u>EVADIDA EXAMES AVU 4º PDC</u>			
Dr. Gelo Rego Cavalcante Silva Médico CRM: 4817	<u>AVU, UN</u> Função	<u>09/10/2018</u> Data	<u>13:30</u> Hora
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro			

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: <u>Ambulatorial</u> <input type="checkbox"/> <u>Hospitalar</u> <input type="checkbox"/> <u>Auxílio-Diagnóstico</u> <input type="checkbox"/>
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____	Prontuário Nº _____	Alta: _____ / _____ / _____
Município: _____		

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta Para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? SIM NÃO O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM NÃO

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro	Função	Data	Hora
--	--------	------	------

(*) Utilizar também como recurso de alta



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Relatório de Alta

DOM 16/10/01

Nome:

Antônio (3m)

Idade:

Município:

Profissão:

Clinica de Internação:

Nº Prontuário 334-637

Resumo Clínico:

PACIENTE ALBERTO, COM NEFROSE EM PODO DIFERENTES
APÓS ACIDENTE MOTO.

Diagnóstico:

PÉ DIABÉTICO

Exames realizados:

Tratamento instituído:

ANALISE PODEMOS

Proposta de Seguimento:

- PROG DIABETO CULTIVAR

- MANTER ANTIDIABETO POR 10 DIAS

Data:

21/10/01

Assinatura/Carimbo de Cooelho

Dra. Henrique de Melo
Carimbo Geral / Cruzado
CRM 14.290



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

ATESTADO MÉDICO

A testemunha o Sr. Antônio

Gonçalves, 72a, vizinho da casa do
mucro, em outubro/2018, apresentando
fratura exposta do PPE, TENDO Sido
submetido a artroscopia da mesma
lesão, convalescendo da cirurgia.
Assistido, desde então C.D. T93-2.

Solonópole,

De Olaria Odontologia
CRM 373

25/08/2020

Ao retornar ao médico, leve sua receita

Rua Dr. Queiroz Lima, 302 - Centro - Solonópole - Ceará
(88) 3518-1386 (Sec. da Saúde) (88) 3518-1133 (Hospital)



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Fazenda Federal

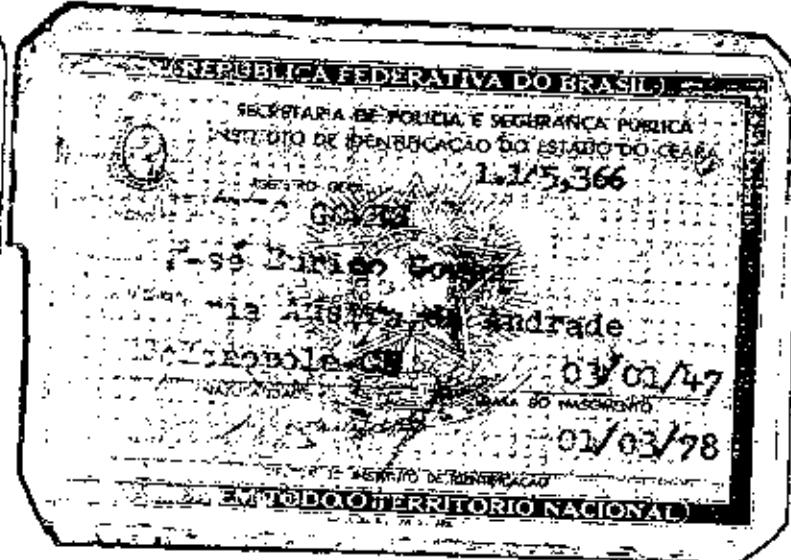
CPF

Registro de Pessoas Físicas

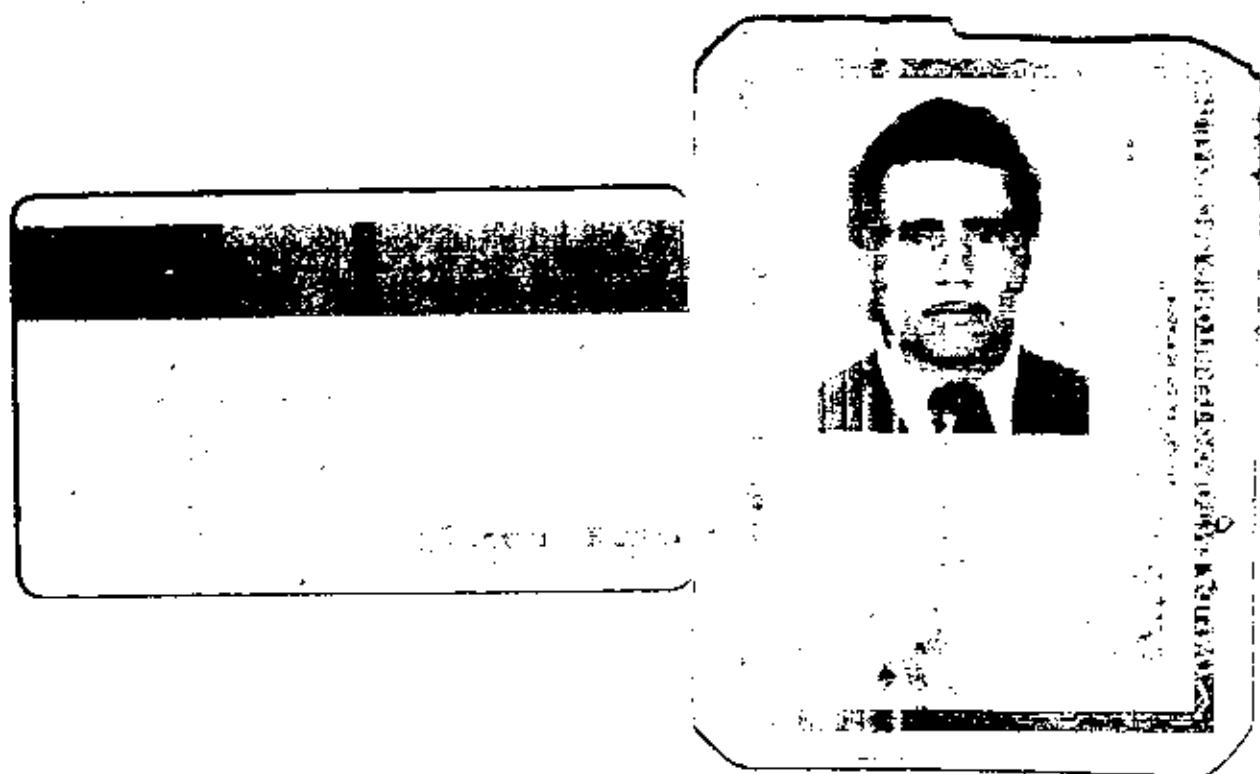
REGISTRO DE CIDADÃO

REGISTRO DE PESSOAS FÍSICAS

REGISTRO DE CIDADÃO



Documentos de identificação



RECEBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios da Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374123/19

Vítima: ANTONIO GOMES

Data do acidente: 04/10/2018

CPF: 116.136.453-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO GOMES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros

ANTONIO GOMES : 116.136.453-68

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: 25/10/2019
Nome: ANTONIO GOMES
CPF: 116.136.453-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

ANTONIO GOMES

Nathalia Beatriz Braga Costa



PROTÓCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **ANTONIO GOMES**
 Data do Acidente: **04.10.18** Possui CPF: Sim Não | Nº CPF: **116136453-68**

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: 4020-1996 / 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 reciboários 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 Cadastral (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 Declaração 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): **ANTONIO GOMES**
 Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal | CPF do portador: **116136453-68**
 E-mail: _____ | Tel.: _____

Data: **30/10/18** | Assinatura: **Antonio Gomes**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): **CORREIOS**
 Atendente: **ROCKEN WDO** | Data: **17 DE NOVEMBRO DE 2018** | Matrícula: **8.392.232-0**
 Data: **30/10/18** | Assinatura: **ROCKEN WDO** | Agente: **ROCKEN WDO**

Buscar no site

A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** **PONTOS DE ATENDIMENTO** (Pontos de Atendimento) **CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS** **SALA DE IMPRENSA** **TRABALHE CONOSCO** **CONTATO**

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a análise e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190605227 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ANTONIO GOMES

CPF/CNPJ: 11613645368

Posição em 09-04-2020 09:39:27

Em complemento à análise do pedido do Seguro DPVAT, fizemos o agendamento de uma perícia médica. Como a vítima não compareceu ao processo, retorne ao local em que deu entrada e atualize seus dados de contato.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Comprovante de residência	Beneficiário	Não Conforme	ANTONIO GOMES

Histórico das correspondências enviadas			
Data da Carta	Referência	Ver Carta	
17/03/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS		(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ly0pBtj8c4nfb__5X57FPzIapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mobshVngd8Ycma1e6tXF6k=)
24/02/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE		(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/sIKXBY0sAtIBaLaCh4vB8api_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mobshVngd8Ycma1e6tXF6k=)
31/10/2019	ABERTURA DE PÉDIDO DE SEGURO DPVAT		(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/chE+VHjrmWU0Bmht6ujG8api_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mobshVngd8Ycma1e6tXF6k=)

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **ANTONIO GOMES**

Data do Acidente: **04/10/2019** Possui CPF: Sim Não N° CPF: **116.336.453-68**

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 (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 (FIHOS(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:

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

ANTONIO GOMES

Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal

CPF do portador:

116.336.453-68

E-mail:

Tel.: ()

Data: **09/04/2020**

Assinatura:

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

CORREIOS

Atendente:

JOCIVANDO H. ALMEIDA

Matrícula:

8383253-2

Data: **09/04/2020**

Assinatura: AGENTE DE CORREIOS
MT B18373

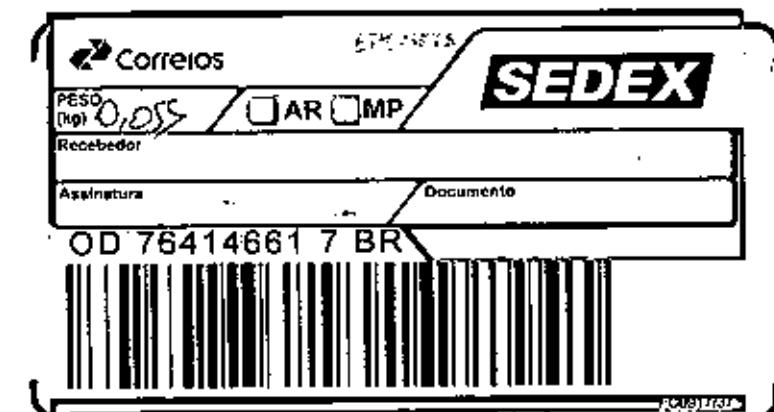


Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



20-04-2020



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ

ENDEREÇO / Address

20011-904

CEP / Zip -

CIDADE
City

TELEFONE / Phone Number

UF / State

PAÍS / Country

ATENDIMENTO





**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

ATENDIMENTO



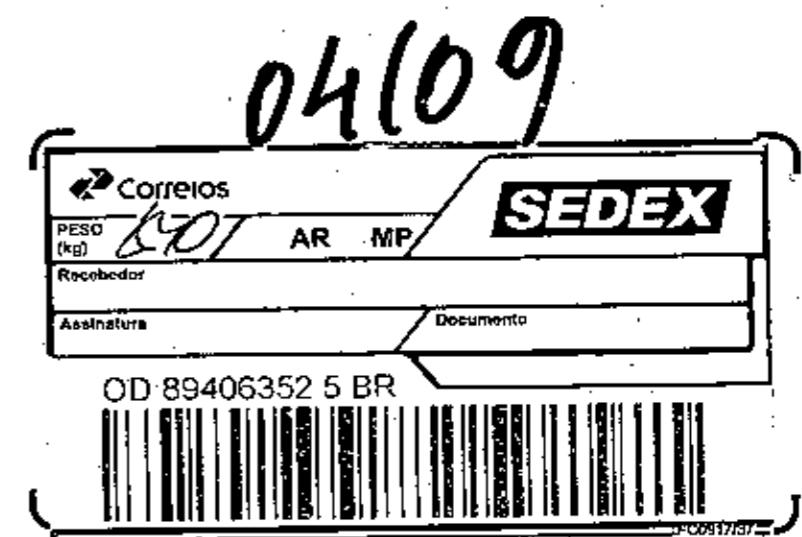
BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
ANTONIO GOMES			
ENDERECO / Address			
SÍTIO CASA NOVA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
63620-000	SOLONOPOLÉ	CE	BRASIL
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
 PROBAG www.probág.com.br Tel: (82) 3204-2900			
"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"  			

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1º / / às 2º / / às 3º / / às	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <small>Information provided by doorman or condo manager</small>	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / /	
Data / / Responsável / /	



O Seguro do Acidente de Trânsito



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO / Recipient

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ
20011-904

TELEFONE / Phone Number

ENDEREÇO / Address

CEP / Zip

CIDADE / City

UF / State

PAÍS / Country

ATENDIMENTO





PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

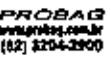
4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
ANTONIO GOMES		(081) 96490752	
ENDEREÇO / Address			
SITIO CASA NOVA			
CEP / zip	CIDADE / city	UF/State	PAÍS / Country
63620-060	SOLONOPOLIS	CE	BRASIL
  "RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE" 			

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

ATENDIMENTO



DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)											
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)										
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)										
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)										
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)										
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)	-----										
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)											
1º	/	/	às	2º	/	/	às	3º	/	/	às
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico <small>Information provided for doorman or condo manager</small>											
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em _____ <small>Reinstated to service post</small>											
Data _____ Responsável _____											

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190605227

Data da solicitação: 28/08/2020
dd/mm/aa

Nome do beneficiário: ANTONIO GOMES

CPF do beneficiário: 116136453-68

Nome do solicitante: ANTONIO GOMES

CPF do solicitante: 116136453-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 997194143

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documento(s) estou sendo entregue(s):

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DO VALOR PAGO A TÍTULO DE INDENIZAÇÃO DO MEU PROCESSO ADMINISTRATIVO DE DPVAT, OBSERVANDO QUE TIVE FRATURA GRAVE E FUI SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO DO DEDO. TENDO EM VISTA NÃO TER SIDO REALIZADA UMA PERICIA MÉDICA PARA ME AVALIAR, MINHA SEQUELA NÃO CONDIZ COM O VALOR QUE ME FOI REPASSADO.

SOLONOPOLÉ/CE, 28 DE AGOSTO DE 2020

Local e Data


Assinatura do solicitante ou de quem assinou a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Buscar no site

A
COMPANHIA

SEGURO
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos de
Atendimento)

CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS

SALA DE
IMPRENSA

TRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao beneficiário final em até 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190605227 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ANTONIO GOMES

CPF/CNPJ: 11613645368

Posição em 28-08-2020 09:37:14

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

28/05/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 85,09	R\$ 1.435,09
------------	--------------	-----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/06/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/n1E9epUFpXBXLBP9rMapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhOl3g14qjlpOtXdP0R9YOnsA=)
17/03/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ly0pBtj8c4nfb__5Xs7FPzapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhOl3g14qjlpOtXdP0R9YOnsA=)

 Chat