



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](#)

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



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



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



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



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, 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



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:** Solonópolis **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: **116.136.453-68** Nome completo da vítima: **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** CPF: **116.136.453-68**
Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **AV. TOTO RABELO** Número: **01275** Complemento: _____
Bairro: **SEM BAIRRO** Cidade: **SOLOMPOLE** Estado: **CEARA** CEP: **63620-000**
E-mail: _____ Tel. (DDD): **(88) 9719 4143**

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

REDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ 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 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.

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 Líder 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 civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **Solomopole-CE, 30 de outubro de 2019**

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

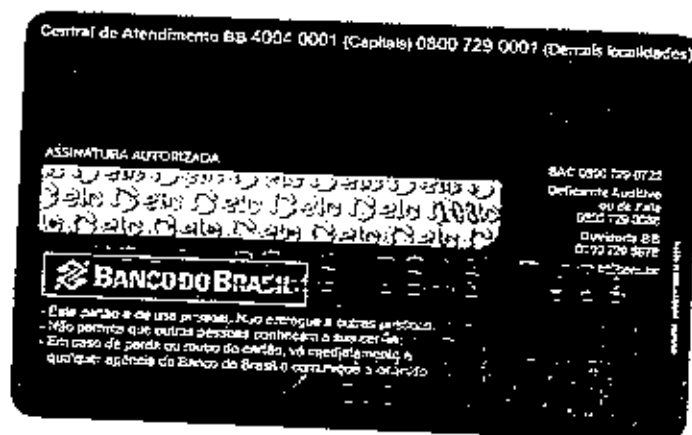
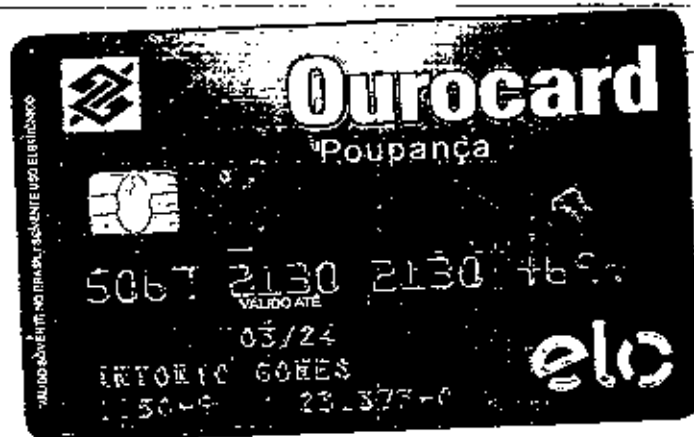
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190605227	CPF da vítima: 116 136 453-68	Nome completo da vítima: 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		CPF: 116 136 453-68
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: SÍTIO CASA NOVA	Número: 1408-100 Complemento: —
Bairro: SEM BAIRRO	Cidade: SOLONOPOLE	Estado: CEARA CEP: 63620-000
E-mail:		Tel. (DDD): (82) 997194143

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ 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 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 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 Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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.

Impressão d. "Assinatura" da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: SOLONOPOLE-CE, 09 de ABRIL de 2020	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
 Impresso nº 2019641559



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 - SOLONÓPOLE/CE**
 Ponto de Referência:

Boletim de ocorrência



Noticiante(s)

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

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado Dou fe Solonópole, 02, 09, 2019.
 Em testemunho _____ da verdade

- ☐ José Fernandes Filho - Titular Interinamente
☐ Ana Telma Pinheiro - Substituto
☒ Maria Célia Pinheiro - Esc. Comprossada
☐ Nequeia Maria 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 INL



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

Nº do sinistro ou ASL: 3190605227	CPF da vítima: 116 136 453-68	Nome completo da vítima: 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		CPF: 116 136 453-68
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: SÍTIO CASA NOVA	Número: 1405-100 Complemento: —
Bairro: SEM BAIRRO	Cidade: SOLONOPOLE	Estado: CEARA CEP: 63620-000
E-mail:		Tel. (DDD): (82) 997194143

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ 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 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 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 Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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.

Impressão d. "Assinatura" da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: SOLONOPOLE-CE, 09 de ABRIL de 2020	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO GOMES

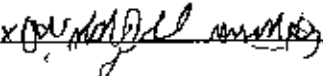
RG nº 2020.015896-6, data de expedição 22 / 01 / 2020 Órgão SSP

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>SOLONOPOLE</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: SOLONOPOLE-CE, 09 de ABRIL de 2020

Assinatura do Declarante: 

Gradi

Para utilizar este abreviador, copie o nº entre

Referanslar 02/2020

Emilio
Martinez 05/02/2020

Medidor 1605696-1WF-019

acompañamiento de consumo (CWH)

DATAS DE LETURA

Anterior [Abaxial] [Posterior]

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (Mts / kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77	18.923	18.761	1.06	506	80	248	25.73

DADOS DO FATURAMENTO

CONSUMO
ADICIONAL BAND. AMARELA

0.43136

89, 73
2, 48

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

CONSUMO CONSCIENTE		92,71	
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/MWh) Compensação entre emissões pelo consumo de energia elétrica			
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Conteúdo em Escala (kg CO ₂ / kWh)	

Períodos: Band. Tarif.: Anxurela : 08/01 - 31/01 Verde :
01/02 - 05/02

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



SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUÉLLY NOGUEIRA PINHEIRO
Trabalhando por uma melhor humanização
Av. Deputado Alfredo Barreira Filho, 128
CEP: 63620-000 - FONE: 088 3518-1133
Solonópolis - CE

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Hoje em: 12:32 DATA: 04-10-18 Leito de Observação: 34

Nº CAD/SUS: 706900141485537

Médico Plantonista: Dr. Cássio Enfermeira Plantonista: Nayam

Pressão Arterial: 200x120mm Temperatura: Pulso: 83 bpm

IDENTIFICAÇÃO

590 98%

Nome: Antonio Gomes

Endereço: nobreza

Sexo: (X) MASC () FEM Idade: 72 Estado Civil: Casado

Profissão: Aposentado Naturalidade: Solonópolis - CE

AValiação CLÍNICA

Queixa Principal:

História da doença atual: Pac. vítima de ACIDENTE POR FRATURA EXPLOSA DO PDE LOMBO, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA E FERIDA PERFURA CONSTANTE NA REGIÃO LOMBAR E

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

Olhos ABertos		Melhor resposta motora		Resposta Verbal		Total (3-15)
Espontaneamente	04	Obedece	06	Orientado	05	
P/ Falar	03	Localiza dor	05	Conversão confusa	04	
P/ Dor	02	Retraído	04	Palavras inapropriadas	03	
Não Responde	01	Flexão anormal	03	Sons incompreensíveis	02	
		Extensão	02	Não Responde	01	
		Não Responde	01			

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

Exame Físico: EV. DNR. PDE. PAC. DE 200

Perf. perf.

Abdom. normal

Extremidades: FRATURAS EXPLOSA DO PDE

FERIDA PERFURA CONSTANTE NA

REGIÃO LOMBAR E

Documentação médica - hospitalar



Impressão Diagnóstica:

FRATURAS EXPLOSA DO PDE V. FERIDA PERFURA

CONSTANTE NA REGIÃO LOMBAR E

Dr. Carlos Roberto Silva

Prescrição Médica

Anotações de Enfermagem

Volta para 75 mg / 3-0

Comp. Em 10/09/20

10/09/20

03

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente copia por ser verdadeira e fiel ao original que me foi apresentado. Data: 10/09/20
 Em testemunho: 10/09/20

Cartório de Registro Civil
 Rua Uruguai, 120
 Centro

☐ José Fernandes Filho - Sobrinho
☒ Ana Tônia Pereira - Ssc / Compromissada
☒ Maria Célia Pinheiro - Ssc / Compromissada
☐ Nicotina Maria Oliveira - Ssc / Autuada

Válido somente com Selo de Autenticidade

[Handwritten signature]



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

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

Do civil

BOLETIM DE ATENDIMENTO EXTERNO PEQUENA CIRURGIA

Nome: Antonio Gomes Idade: 72

Residência: ruelânea

Naturalidade: sol Estado Civil: uniao estavel

Queixa Principal: pac. vítima de traumatismo - colisão com
carro e contusão por ferimento - ferida - perfuração - fratura

Procedimento Realizado: manuseio - fratura exposta
4012C ANTISTESIA + PREVENÇÃO - DURA DE
FERIDA

Data: 04 / 10 / 18

[Assinatura]
Ass. do Médico

Ass. do Paciente ou Responsável



03

CARTÓRIA 1º OFÍCIO
Rua Dr. Queiroz Lima, 144
Centro - CEP: 63.620-000

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia por ser reprodução
fidel do original que me foi apresentado Dou-lo
Solonópolis 11/12/2018
Em testemunho 163 da verdade
☐ José Fernandes Filho - Titular Interinamente
☐ Ana Tereza Pinheiro - Substituto
☒ Maria Célia Pinheiro - Esc. Compromissada
☐ Nequice Maria Oliveira - Esc. Autorizada
Válido Somente com Selo de Autenticidade



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

**SECRETARIA DA
SAÚDE**

RECEITUÁRIO

II/ Antônio Gomes
Instituto Médico

Atesto, em os devidos fins, que o
Paciente, 71 anos, vem sendo
vítima de Acidentes de moto em agosto
de 2018 e de Acidente de trânsito em outubro de
2018, com lesões de 42 dias.
- No exame físico, lesões do 4º e 5º
dígitos esquerdo do nível de fratura
proximal.

Paciente não é beneficiário
do Programa de Assistência Médica

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)

2º GRUPO POR 1850, DE ALTA
DE FINITION DO MASSO.

CID 10-538.1

09.10.19

Dr. Luis Vaz
Técnico de Otorrinolaringologia
CRM - CE: 17087



SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H. M. M. S. N. P.

Distrito Sanitário: 8º CRES

16430002184

Município: Solonópolis

Nome: Antonio Gomes

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: 03/01/1947

Prontuário Nº

Endereço: St. Nebriza

Bairro:

Tel:

Motivo do Encaminhamento: AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA / FRATURA EXPOS
TA NO 4º PDE.

Resultado do Exame: NOV TEN

Consulta já Realizada: CONSULTA CLÍNICA

Impressão Diagnóstica: ENATUM EXFOMA NO 4º PDE

Dr. Ciro Reges Cavalcante Silva
Médico

Assinatura do Encaminhante: Dr. Ciro Reges Cavalcante Silva
CRM: 4017

Assessor
Função

04/10/2018
Data

13:30
Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Profissional:

Unidade de Referência: Data / / Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município: Prontuário Nº

Alta / /

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 16/10/16

Nome: <u>Antonio Gomes</u>		
Idade:	Município:	Profissão:
Clínica de Internação:		Nº Prontuário <u>334.637</u>
Resumo Clínico: <u>Paciente diabético, com necrose em dedo direito</u> <u>após acidente motor.</u>		
Diagnóstico: <u>PÉ DIABÉTICO</u>		
Exames realizados:		
Tratamento instituído: <u>Amputação podotômica</u>		
Proposta de Seguimento: <u>- 90 dias de curativo</u> <u>- Manter Amputação com 10 dias</u>		
Data: <u>24/10/2016</u>	Assinatura: <u>Carinho Coelho</u> <u>Pedro Henrique de Melo</u> <u>Clinico Geral / Cirurgião Geral</u> <u>CREME 14.290</u>	



PREFEITURA
SOLONÓPOLE
CONSTRUINDO O FUTURO

SECRETARIA DA
SAÚDE

RECEITUÁRIO

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o Sr. Antonio

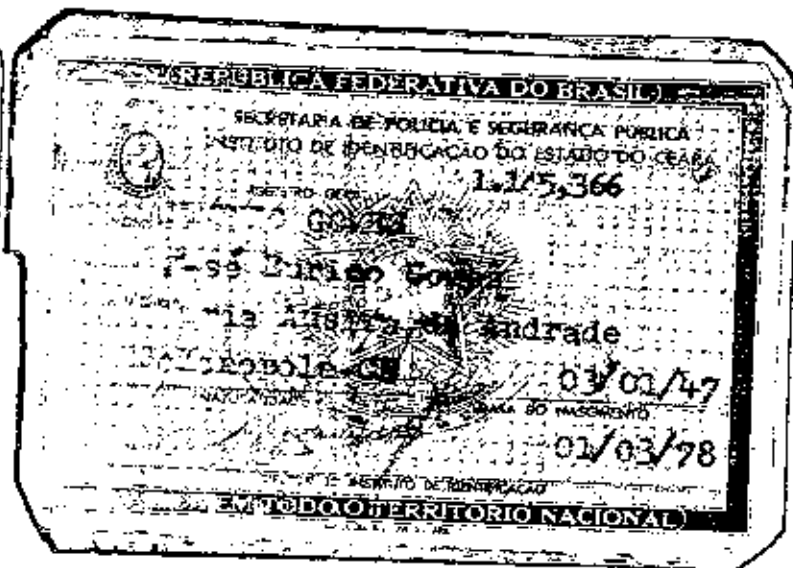
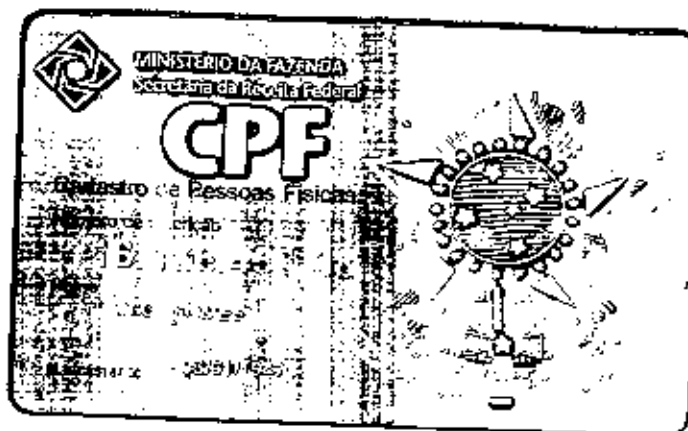
Gomes, 72a, vítima de queda de
luz, em outubro/2018, apresentando
fratura exposta do pé, teve sua
sumária e amputação da mesma
feita, com o uso de prótese total
básica, sendo emitido o D.T. 93.2.

Solonópolis,

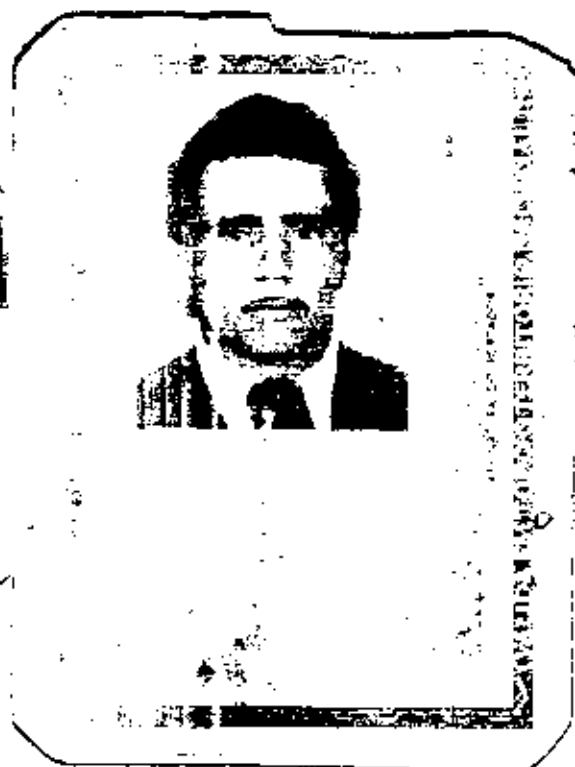
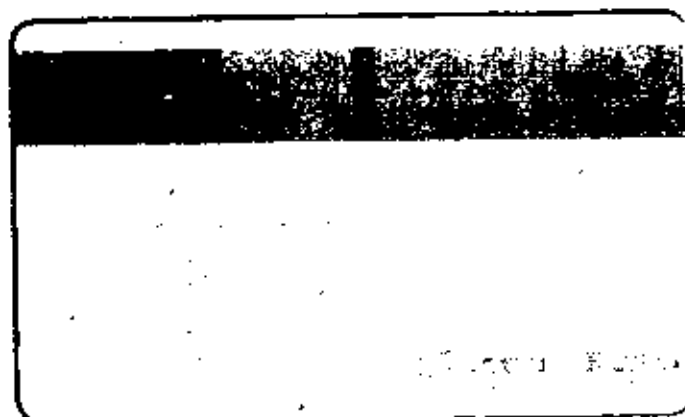
25/08/2020

Ao retornar ao médico, leve sua receita


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



Documentos de identificação



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374123/19

Vítima: ANTONIO GOMES

CPF: 116.136.453-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/10/2018

Titular do CPF: ANTONIO GOMES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-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



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: **04.10.18** Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não NR 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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou 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: **ROQUELANDO H DE ALMEIDA** Matrícula: **8.385.235-0**

Data: **30/10/18** Assinatura: *ROQUELANDO H DE ALMEIDA*

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos de
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSÃOTRABALHE
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. O prazo para 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 LÍDER 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	 (<a "="" href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ly0pBtj8c4nfb__5XS7FPztapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mobshVngd8Ycma1e6tXF6k=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ly0pBtj8c4nfb__5XS7FPztapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mobshVngd8Ycma1e6tXF6k=)
24/02/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (<a "="" href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/sIKXBY0sAtlBaLaCh4vBapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mobshVngd8Ycma1e6tXF6k=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/sIKXBY0sAtlBaLaCh4vBapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mobshVngd8Ycma1e6tXF6k=)
31/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (<a "="" href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/chE+VHjrmWU0Bmht6ujGapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mobshVngd8Ycma1e6tXF6k=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/chE+VHjrmWU0Bmht6ujGapi_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: 04/10/2020 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 116.136.453-68

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 receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS) *

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

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

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

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

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): ANTONIO GOMES
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 116.136.453-68
E-mail: _____ Tel.: () _____
Data: 09/04/2020 Assinatura: [Assinatura]



RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): CORREIOS
Atendente: ROCIVANDO H. ALMEIDA Matrícula: 8383213-2
Data: 09/04/2020 Assinatura: [Assinatura] AGENTE DE CORREIOS
MKT 8.183/132



SEDEX
9912780636/2016 - SEI RJ
Seguradora Lider-DPVAT
 **Correios**

20.04.2020

 Correios		EFM 48755	
PESO (kg) 0,055		<input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> MP	
SEDEX			
Recebedor			
Assinatura		Documento	
OD 76414661 7 BR			
			

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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CIDADE City	UF / State		PAÍS / Country

ATENDIMENTO





Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

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

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

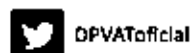
site: www.seguradoralider.com.br

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



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
ANTONIO GOMES			
ENDEREÇO / Address			
SÍTIO CASA NOVA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
83620-000	SOLONOPOLE	CE	BRASIL

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)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / /	Responsável /	

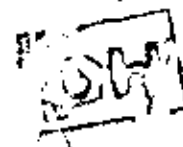
"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



04109

Correios		SEDEX	
PESO (kg)	6,07	AR	MP
Recebedor			
Assinatura		Documento	
OD 89406352 5 BR			

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient

ENDEREÇO / Address

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

CEP
Zip

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

CIDADE
City

UF / State

PAÍS / Country

ATENDIMENTO





Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**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



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

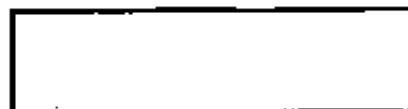
BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
ANTONIO GOMES		(08) 96490752	
ENDEREÇO / Address			
SITIO CASA NOVA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
63620-000	SOLOMOPOLIS	CE	BRASIL



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Material reciclável

PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (82) 3204-2900

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)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
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
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

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)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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 PERÍCIA MÉDICA PARA ME AVALIAR, MINHA SEQUELA NÃO CONDIZ COM O VALOR QUE ME FOI REPASSADO.

SOLONÓPOLE/CE, 28 DE AGOSTO DE 2020

Local e Data


Assinatura do solicitante ou de quem assina 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. O prazo para 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 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

28/03/2020 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=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhOl3g14qjpOtXdP0R9YOnsA=)
17/03/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ly0pBtj8c4nfb__5XS7fPzcapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhOl3g14qjpOtXdP0R9YOnsA=)

Chat