

9.9866 - 4403

Fim de Tárcio

2020

Prefeitura Municipal do Rio Grande do Norte  
Wallace Stoessel Avelino Tavares

Secretaria Municipal da Saúde

Diretor Administrativo



Sistema Único de Saúde

	Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Assú Secretaria Municipal de Saúde	Prefeitura Municipal do Rio Grande do Norte Wallace Stoessel Avelino Tavares Secretaria Municipal da Saúde Diretor Administrativo <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde
<b>FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA</b>		<b>PRONTO SOCORRO MUNICIPAL</b>
<b>DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:</b>		12.10.61 Atendimento Nº: 63
Nome: <i>Flávia de Oliveira</i>		Idade: 15 anos Sexo: (M)
Cartão SUS: _____		Nome da Mãe: <i>Exequiel C. de Oliveira</i> Profissão: _____
Endereço (Rua/Av.): <i>Travessão das sementes</i>		Nº: 15 Complemento: _____
Bairro: <i>Assú</i>		Cidade: <i>Assú</i> Estado: RN Telefone: _____
Clínica: _____		Data: 09.04.20 Hora: 13:20
Motivo da Procura:		Rubrica Servidor: <i>CPs -</i>
Assinatura do Paciente:		
<b>ACOLHIMENTO:</b> ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito		
Acolhimento com classificação de risco:		
Quais:		
Antecedentes Alérgicos: <i>neoplasias</i>		
HAS (N) CM: (N)		Assinatura: _____ Classificação: _____
<b>ANAMNESE:</b> <i>Painel reiterado que o paciente tem febre e dor no lado direito superior, com dor no estômago e náuseas.</i>		
<b>EXAME FÍSICO:</b> Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: <i>130x90 mmHg</i> F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO2: _____ HTG: _____		
<i>Exame fisiológico e ginecológico</i>		
<b>EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:</b>		
( ) Laboratório:		
( ) Radiológico:		
( ) ECG		( ) Outros <i>Leve fadiga constante</i>
Hipótese do Diagnóstico:		CID: <i>110</i>
Conduta: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Laudo para AIH		Médico: (Carimbo e Assinatura) <i>J. J. S. G.</i>
Saída: Data/Hora / / às : h. ( ) Alta referido para UBS ( ) Óbito		
(X) Outra unid. Urgência ( ) Especialidade		<i>Hospital - Ijuá - RJ - 2020 - 04 - 09 - 13:20</i>
( ) Internação no Hospital:		

*Dr. J. J. S. G.**- Biotecnologia p/ HKT III*



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: \_\_\_\_\_ Nº ATENDIMENTO: 523752 DATA: 26/04/2020  
TIPO DE INTERNAMENTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 1 ANDAR 210A CONVENIO: SUS  
MATRÍCULA: 201259446450003 VALIDADE: \_\_\_\_\_  
Criado por Rafaella Medeiros Silva em 26/04/2020 18:57

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ERICK DAVID ALENCAR ROCHA SEXO: Masculino  
DATA DE NASCIMENTO: 12/10/2001 RG: 003853950 CPF: \_\_\_\_\_  
FILIAÇÃO MÃE: CLAUDIA CRISTIANE DE ALENCAR ROCHA  
FILIAÇÃO PAI: ELION CELESTE DA ROCHA  
ENDERECO: EDUARDO CORCINO N° 143  
BAIRRO: DOM ELIZEU CIDADE: Açu  
ESTADO: RN CEP: 59650-000  
FONE: (84) 99418-2383 FONE: (84) 99866-4403

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA:  MÉDICA  ADMINISTRATIVA  A PEDIDO  EVASÃO  OBITO  
DATA: HORA: ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 26/04/2020

*Eduardo Gurgel*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOZ, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 50025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0**



[www.cosent.com.br](http://www.cosent.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

#### **Ligações Gratuitas:**

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

Seu número auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

0800 727 0167 -Ligaçāo Grātuita de telefones fixos  
www.ideal.com.br

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligações gratuitas de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
CLAUDIA CRISTIANE DE ALENCAR ROCHA	<b>25/09/2020</b>	18/09/2020	000852077832
CPF: 008.707.924-07	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	<b>126,27</b>	18/09/2020	3000716113
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Série: U	Nº DA INSTALAÇÃO
RUA EDUARDO CORCINO 105	048461412		0000015721
DOM ELIZEU/AREA URBANA			
55650-000 ASSU RN			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.cescom.com.br">www.cescom.com.br</a> .	CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	RESERVADO AO FISCO <b>5977.58A0-AA4D.9E18.C247.7210.792A.D6C5</b>

**DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	SCRI	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
096000002120846833	CAT	10/08/2020	13.823,00	18/09/2020	13.890,00	30	1,00000	0,00	167,00		JUL2020				
										DIC-No.de horas sem Energia	AÇU	0,00	5,31	10,62	21,25
										FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
										DNIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
										SCRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limita DICR: 12,22		
										EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,31					
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/10/2022								Todo Consumidor pode solicitar a expedição das Indicadores DIC, FIC, DNIC e DICRI a qualquer tempo.							

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! farmácia: rua dr. luís carlos, centro / r i sat: av doutor luiz carlos, 106, dom elizeu. lista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. No dia da fatura o beneficiário deve ir à Maria Mais Informações em seu

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.sanei.gov.br](http://www.sanei.gov.br).

Portanto, em situações normais, 2% (Dois e Meio) Juros é 1% a.m. ou 10.432% (2%) é a atualização monetária no Brasil.

Pago, em atraso, gera multa 2% (Res 614/ANEEL); Juros 1% a.m [Lei 10.438/02] e anulação monetária no prazo, mais o cliente é considerado quando há desacumplimento do prazo estipulado para os pagamentos comerciais.

O Cliente é compensado quando na descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faltas.

Em caso de suspensão de tombamento, o encerramento do contrato podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo.

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000852077832	09/2020	126,27	25/09/2020	 <p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este contrato será usado em todos os fatores.</p>

838000000017 362700381600 853077832209 014307179737



**TALÃO DE PAGAMENTO**  
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

#### **ENTRADA DE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Enrick David de Alencar Rocha

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

5 - Nome completo:

Enrick David de Alencar Rocha

6 - CPF:

133.004.174-73

7 - Profissão:

desempregado

8 - Endereço:

Rua Eduardo Corcino

9 - Número:

105

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Dom Elizeu

12 - Cidade:

Assu

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.650.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

84-99418-2383

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caba Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ansu, 28 de Setembro de 2020

Enrick David de Alencar Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REC.001.1002/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

**Documentação  
recebida na agência  
dos Correios sem o  
Boletim de  
Ocorrência.**

**Favor pendenciar.**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Enrick David de Alencar Rocha

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

5 - Nome completo:

Enrick David de Alencar Rocha

6 - CPF:

133.004.174-73

7 - Profissão:

desempregado

8 - Endereço:

Rua Eduardo Corcino

9 - Número:

105

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:  
Dom Elizeu

12 - Cidade:  
Assu

13 - Estado:  
RN

14 - CEP:

59.650.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

84-99418-2383

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caba Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo  
24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ansu, 28 de Setembro de 2020

Enrick David de Alencar Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EBC 001 1/002 /2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Dezembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200433141**

**Vítima: ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA**

**Data do Acidente: 22/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA**

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

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário 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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Pausa:

Seguradora holder S/A  
Trun da Assembleia, 400 46º andar  
Centro - Ed. Dainch  
Rio de Janeiro - RJ  
Cep: 20.011.904



Até

13/06/2000

Eruck Daniel de Alencar Freitas  
Vivira de sa, q86 depósito  
Rua Antonio  
Mossoró - RN  
DAD: 59607-100



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344453/20

**Vítima:** ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

**CPF:** 133.004.174-73

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/04/2020

ERICK DAVID DE  
ALENCAR ROCHA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA : 133.004.174-73**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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

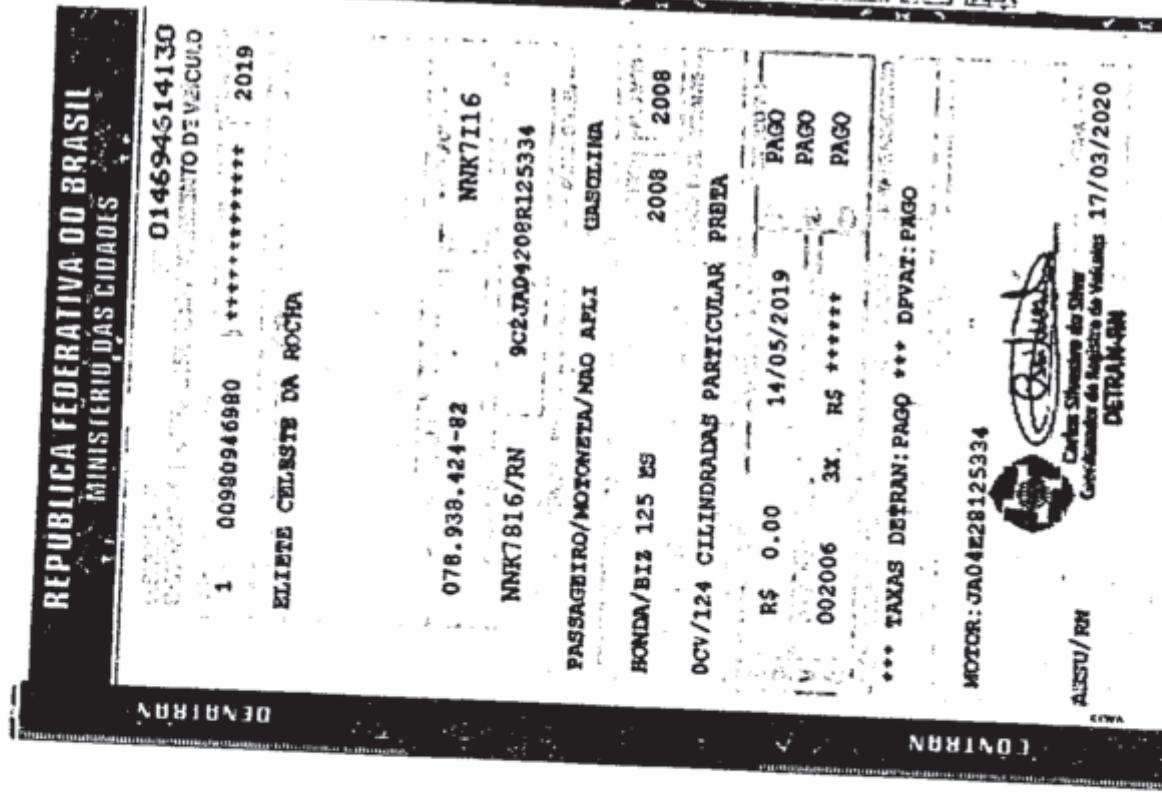
Data da apresentação: 01/12/2020  
Nome: ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA  
CPF: 133.004.174-73

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/12/2020  
Nome: Patricia Aleixo Silva  
CPF: 068.500.787-12

ERICK DAVID DE ALENCAR ROCHA

Patricia Aleixo Silva



6103-134

卷之三

**Automação Sistêmica de Sistemas  
de Apoio ao Projeto de Veículos** 17/03/2020  
**DETEC - DIA-001**

ANSWER