

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

13/02/2013

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

201304859101

**VALOR TOTAL:**

1.350,00

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** FRANCISCO FLORENCIO CONFESSOR

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00806

**CONTA:** 000000058406

---

---

**Número da Autenticação**

FDEDE1B62BBB6CB6

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013048591**Cidade:** Santa Cruz**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO FLORENCIO  
CONFESSOR**Data do acidente:** 06/10/2012**Emissor do parecer:** Reginaldo  
Wanis**Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 436856

## PARECER

**Data da análise:** 07/02/2013

**Valoração do IML:**

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º DEDO DO PE DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL 5º DEDO DO PE DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/5º DEDO DO PE DIREITO:10%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** REGINALDO WNAIS

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Gradação
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10	1	100

**Valor avaliado:** 1.350,00

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**  
**- SEGURO DPVAT -**

Nº DO SINISTRO: \_\_\_\_\_ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANCISCO FLORENCIO CONFESSOR  
PORTADOR / A DO RG Nº 1.213.213 EXPEDIDO POR SSPIRN EM 19/9/2001 E  
CPF 790642809-8 / CNPJ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, PROFISSÃO  
MOTOTAXISTA E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR  
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO FLORENCIO  
CONFESSOR, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT  
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**  
Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**  
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**  
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**  
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**  
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 0806 013 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
Nº CONTA-POUPANÇA 5840.6-5



DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.  
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES  
ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL SANTA CRUZ RN DATA 16/1/2013  
ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Francisco Florencio Confessor

**ATENÇÃO:**  
O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) beneficiário(s) obedecendo a legislação vigente na data do acidente) indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep). Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204 de segunda a sábado, de 8h às 20h.  
A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras, no momento da indenização, devem verificar o cadastro do beneficiário. Este cadastro deve conter, além



AUTO-ATENDIMENTO - AG. SANTA CRUZ

DATA: 04/01/2013

HORA: 11:48:07

TERMINAL: 00061011

CONTROLE: 000610110214

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0006.013.00058406-5  
NOME: FRANCISCO FLORENCIO CONFESSOR

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 350,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0042175763

NÚMERO DE CONTROLE: 004169772

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

24 JAN. 2013



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
 DPCIN - DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR  
 DELEGACIA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ.  
 Rua Joaquim Rogério, nº. 268, DNER, Santa Cruz - fone: (84) 3291-6931

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 2.378/12**  
 Santa Cruz /RN, domingo, 7 de outubro de 2012.  
 Hora do Registro → 09hs25min

455842

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA:** Acidente de Trânsito.  
**LOCAL:** Próximo A Panificadora Serido, Santa Cruz/RN.  
**DATA E HORA DO FATO:** 06/10/2012, por volta das 16hs30min

**COMUNICANTE:** Francisco Florêncio Confessor.  
**DOCUMENTO:** RG. 1213213 SSP/RN. **CONTATO:** 84-88487834  
**ENDEREÇO:** Rua Nossa Senhora da Apresentação, 17, Conjunto Cônego monte, Santa Cruz/RN.  
**FILIAÇÃO:** Florêncio Confessor e de Antonia Maria da Conceição.  
**NATURALIDADE:** São Bento do Trairi/RN.  
**DATA NASCIMENTO:** 28/05/1969

**VÍTIMA :** Comunicante.  
**DOCUMENTO:**



**ACUSADO:** A esclarecer.  
**ENDEREÇO:**  
**REFERENCIA:**

**HISTÓRICO:** O (A) COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESSA DELEGACIA E RELATOU QUE: na data e hora acima informado, vinha conduzido o seu veículo tipo HONDA CG 150 TITAN KS, de cor vermelha, de placa MXO3724/RN, chassi nº 9C2KC08106R899503, EM NOME DE Elza Moises de Medeiros; CPF nº. 838.252.314-53, quando outro veículo tipo motocicleta colidiu na lateral de seu veículo, posteriormente foi socorrido para o Hospital regional de Santa Cruz, fraturou o seu pé direito, veio até esta Delegacia de Polícia para procedimentos legais; NADA MAIS DISSE.

**OBSERVAÇÃO:** O histórico deste B.O. é de inteira responsabilidade do (a) comunicante.  
**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS:** Registrado para os procedimentos que se fizerem necessário.

*Francisco Florêncio Confessor*  
 Comunicante

*José de Arimatéia Silva*  
 Agente de Polícia Civil  
 Mat. 113.186-9

1º Cartório Judiciário  
 Feluzia Marques Araújo  
 Ajudante Substituta  
 Santa Cruz - R. G. NORTE

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE  
 Seção de Autenticação  
 Santa Cruz - RN  
 Fone: (84) 3291-2011

AUTENTICAÇÃO  
 083564

**AUTENTICAÇÃO**  
 Autentico a presente cópia reprográfica e qual confere com o original.

06 NOV 2012

Válido somente com selo de autenticidade e registro de autenticação

JAN. 2013

Def. e. Substituta de Feluzia Marques Araújo  
 Taboia

BRANCO

BRANCO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
Diretoria de Polícia Civil do Interior - DPCIN  
9ª Delegacia Regional de Polícia - Santa Cruz/RN  
Rua Joaquim Rogério, 268, DNER- Fone: (084)3291-6930



## DECLARAÇÃO

Declaro para os fins que fizerem necessários, e a pedido verbal da parte interessada, que nesta circuncrição Policial da 9ª DRP, que abrange os seguintes municípios ( SANTA CRUZ, SAO BENTO DO TRAIRI, LAJES PINTDAS, CORONEL EZEQUEIL, JAÇANA, CAMPO REDONDO, TANGARA, JAPI, SÍTIO NOVO, BOA SAUDE, LAGOA E VELHOS, SERRA CAIADA E SENADOR ELOI DE SOUZA), não dispõem de Instituto Tecnico científico de Polícia - ITEP, para realização de exames pericias. O referido órgão que atende essa circurcrição policias, se localiza na capital do estado.

Para firmar a presente segue datada assinada.

Santa Cruz/RN,

Marcelo Marcos A. de Lima  
Delegado de Polícia  
Bel. Marcelo Marcos Alves de Lima  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 165.004-1

24 JAN. 2013

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Por este instrumento particular de declaração, eu, abaixo assinado, Sr(a).

Francisco Florêncio Confessor brasileiro(a)

portador(a) do RG nº 1.213.213 2ª via, emitido por \_\_\_\_\_

e CPF nº 790.642.804.87 declaro para os devidos fins, e repetirei em

juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na

Rua Nossa Senhora da Apresentação

número 17, bairro C.C.M

no município de Stu Cruz, estado RN

Código de Endereçamento Postal (CEP) nº 59.200.000.

Declaro, ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que porventura a Seguradora possa ter, no presente e no futuro, face as informações acima prestadas.

Pôr ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

Stu Cruz, 16 de Janeiro 2013.

\* Francisco Florêncio Confessor

24 JAN. 2013

REPUBLICAN PARTY OF CALIFORNIA

THE STATE OF CALIFORNIA, COUNTY OF ...

Know all men by these presents...

That I, the undersigned, do hereby certify...

That the within and foregoing is a true and correct copy...

In testimony whereof, I have hereunto set my hand and seal...

Witness my hand and seal this ... day of ...

Attest my hand and seal this ... day of ...

In presence of ...

Notary Public for the State of California

My commission expires on ...

ab

QP: calosão moto-metá com edema em pé  
 História e exame físico: direito  
Negó diabetes. Foz uso de sistatins

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Exames solicitados (com resultados): \_\_\_\_\_



**DESTINO DO PACIENTE**

CONFERE COM O ORIGINAL  
16.10.2013  
 Assinatura e Carimbo

Diagnóstico definido: \_\_\_\_\_  
 Liberado por decisão médica ( ) a pedido ( ) Hora: \_\_\_\_\_  
 Permaneceu ( ) Hora: \_\_\_\_\_ Internado ( ) Hora: \_\_\_\_\_  
 Encaminhado: Ambulatório ( ) \_\_\_\_\_ Outro ( ) \_\_\_\_\_  
 Na ambulância: do HORAB ( ) Da cidade de Origem ( ) Transporte próprio ( )  
 Retirou-se à revelia ( ) Hora: \_\_\_\_\_  
 Óbito em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_; Entregue à família ( ) SVO ( ) IML ( )  
 Assinatura e carimbo médico

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL REGIONAL ALUIZIO BEZERRA  
 CNPJ 08.358.889/0001-95

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

NOME <u>Flavio Florencio Pontes</u>	<b>SINAIS VITAIS</b>
DATA NASC. <u>28.10.1969</u> CPF _____ RG <u>223213-1</u>	TA <u>140</u> x <u>80</u> mmHg
FILIAÇÃO _____	TEMP: _____ °C
ENDEREÇO: <u>Av. ...</u>	RESP: _____ hpm
CIDADE: <u>Santa Helena</u> PROFISSÃO: <u>MOTAXISTA</u>	PULSO: _____ ppm
SEXO: M ( ) F ( ) IDADE: <u>43a</u> ESTADO CIVIL: <u>M</u>	PESO _____ Kg
DATA <u>16.10.2012</u> HORA <u>16:03</u> N° <u>79</u>	

CONDUTA		
PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	CHECAGEM
<u>① Voltaren - 125mg, 3x</u>	<u>17:40</u>	<u>ok</u>

Dr. Gabriel Anderson da P. Andrade  
 Médico  
 CRM/RN 6999

JAN. 2013  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
16.10.2013  
 Assinatura e Carimbo

CONFERE COM O ORIGINAL

CONFERE COM O ORIGINAL



**Ao**  
**INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA**  
**Coordenadoria da Medicina Legal**

**BOLETIM DE INFORMAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR**

A - DO MÉDICO ASSISTENTE (HOSPITAL): Roberto Nunes de Almeida

B - AOS PERITOS: MÉDICOS-LEGISTAS DO INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA (ITEP) - RIO GRANDE DO NORTE

Conforme solicita o paciente e/ou familiares Consoantes as Deontologia e Disciplina Médicas. O código de Ética Médica (nos seus art. 59, 83, 102 e 112); para fins de pericia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, preito as seguintes informações:

Paciente (vítima): Francisco Flávio Cavalcanti  
 Nacion.: Brasiliana Est. Civ.: Casado Prof.:  
 Residência: R. W 3 M Apimontana Nº 17 Cord. Leste  
Imperatriz - MA Telefone: 98487834

C - DO EVENTO E DO QUADRO CLÍNICO:

1. O paciente foi atendido (no Hospital/Clinica), por volta das 16:03 hs do dia 06/10/2012 apresentando ferimento(s) produzido(s) por Projétil (projétil) de arma de:

fogo ( ) ; arma branca ( ) ; Acid. trânsito (x) ; Cacetete ( ) ; Muro ( ) ; pontapé ( )  
 Queimaduras ( ) ; Outros ( ) - como passo a especificar: Colisão direto - veículo

de trânsito no sentido de  
fratura no 5º metacarpo

2. Da(s) lesão(ões) sofrida(s), não houve perigo de vida ( )

2.1. Houve perigo de vida, conforme específico, devido a uma fratura  
no 5º metacarpo de fratura no 5º metacarpo

3. A vítima submeteu-se a intervenção cirúrgica ( ) não

3.1 Não submeteu-se a nenhuma intervenção cirúrgica ( ) não

3.2 Registro as lesões que apresentava ao ser atendida e o tratamento adotado: 1010 B121210

24 JAN. 2013

4. Projétils de arma de fogo foram localizados e, retirados, na quantidade de \_\_\_\_\_  
que ora remeto-co (anexos). Observações: \_\_\_\_\_

4.1 Nenhum projétil foi retirado, mas, houve visualização por radiografia na(s) região(ões): \_\_\_\_\_

5. Das lesões sofridas, não houve complicações (  ).

5.1 Houve complicações, da seguinte ordem: FRATURA DA  
FACE DE DEFORMAÇÃO


6. Das lesões sofridas não houve seqüelas (  ) SEM

6.1 Houve seqüelas, da seguinte ordem: FRATURA DEFORMADA  
NO METACARPO

7. O paciente acha-se curado (  ) EM CONTATO EM HOSPITAL AMBULATÓRIO

7.1 Não acha-se curado e encontra-se em tratamento hospitalar (  ), ambulatorial (  ) ou domiciliar (  );  
necessita convalescer por mais \_\_\_\_\_ dias; necessita de nova intervenção cirúrgica (  ); outros (  );  
e, conforme item assinalados, esclareço que: FRATURA DE METACARPO

Seu nome, em Santa Cruz, 16, 11, 2013

 **Hospital Francisco Kenilop**  
Medico  
CRM - CPF 11743114-9  
(Assinatura - Carimbo - CRM)

(Novo modelo, implantado a partir de DEZ/2002)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



*Francisco Florencio Confessor*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037

JUVENTUD JUDICIAL  
Tribunal do Juizado de Causas Cíveis e Criminais  
Juiz de Direito  
Sala de Atendimento  
R. G. F. de Azevedo, 100 - Centro  
57.000-000 - Santa Cruz/RN  
Tel: (84) 3201-2011



ANOREG-RN

**AUTENTICAÇÃO**  
Autentico a presente cópia reprográfica a qual confere com o original.

**06 NOV 2012**

*[Signature]*  
Por este meio, o Tabelião  
Tabela

Valido somente com selo de autenticidade e fiscalização

1º Cartório Judiciário  
*Jeluzia Marques Araújo*  
Ajudante Substituta  
Santa Cruz - R. G. F. de Azevedo

AUTENTICAÇÃO  
AJT: 083563

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.213.213 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 19.09.2001

NOME Francisco Florencio Confessor

FILIAÇÃO José Florencio Confessor  
Antonia Maria da Conceição

NATALIDADE São Bento do Trairi RN 28.05.1969 DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM C/Nasc. 1.325 lv. A-1 fls. 263 do Cart. de São Bento do Trairi RN

CPF 790.642.804-87

Hannelore *[Signature]* dos Santos  
Município de São Bento do Trairi RN  
LEI N. 7.116 DE 29/04/83  
Matr. 104.163-0

FONE PARA CONTATO  
(84) 9929-7584  
8716-3470

24 JAN 2013

BRANCO



## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 455842

Na forma do disposto, na resolução N° 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa MXO-3724/RN	
Nome da Vítima FRANCISCO FLORENCIO CONFESSOR		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 28/05/1969	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 790.642.804-87
		Data Ocorrência 06/10/2012	

Em cumprimento ao item 10 da resolução N° 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

- |   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Certidão N° 2378/12            | da autoridade policial sobre a ocorrência; | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> DUT N° _____                   | <input type="checkbox"/> _____             | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> RG e CPF do Sinistrado         | <input type="checkbox"/> _____             | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> RG e CPF do(s) Beneficiário(s) | <input type="checkbox"/> _____             | <input type="checkbox"/> _____ |

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
FRANCISCO FLORENCIO CONFESSOR	Vítima	VITIMA	28/05/1969	59200-000	790.642.804-87

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).  
Observações: \_\_\_\_\_

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso \_\_\_\_\_ RN

Data   /  /  

Local da Entrega \_\_\_\_\_ RJ

Data 21/1 JAN. 2013

\_\_\_\_\_     
Beneficiário

\_\_\_\_\_     
Centauro Vida e Previdência

**Atenção:**

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80 , 17º ANDAR  
CENTRO – Cep: 20031-204  
Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212  
site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: [alexandre.almeida@salek.com.br](mailto:alexandre.almeida@salek.com.br)  
RIO DE JANEIRO - RJ