

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180536908

Vítima: DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

Data do Acidente: 06/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13646194





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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180536908

Vítima: DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

Data do Acidente: 06/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180536908

Vítima: DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

Data do Acidente: 06/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

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

Boletim de ocorrência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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, DANIEL LUCAS XAVIER EPTIÁCIO

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E

CPF 444632074-04 / CNPJ _____, PROFISSÃO EstudanteE RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANIEL LUCAS XAVIER EPTIÁCIO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0527-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6.786-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Autorização de pagamento

Barragem, 30 de Maio de 2018

LOCAL E DATA

Daniel Lucas Xavier Eptácio

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à 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 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Folha nº 136

Ocorrência nº 261/2018

RECEBIDO

12 NOV 2018

Seguradora Líder DPVAT

Aos DEZESSETE dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOTO, nesta cidade de BANANEIRAS/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) ad hoc, af, por volta 10h:28min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ADJALME EPITÁCIO SILVA JUNIOR, conhecido(a) por PROFESSOR JUNIOR, Identidade nº 1546035-SSP/PB, CPF nº 852.557.804-82, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: professor, filho(a) de Adjalme Epitácio Silva e De Gilda Guimarães Silva, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 02/02/1972 (46 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) na Rua Adjalme Epitácio, 43, Conjunto Major Augusto Bezerra, tendo como ponto de referência: próximo ao cartório eleitoral, na cidade de BANANEIRAS/PB, fone(s) para contato: (83) 99318-8478.

a quem lhe foi esclarecido o respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato: 06 de maio de 2018;
- 3) Horário do fato: 18h:30min;
- 4) Local do fato: Travessa Cel Antônio Pessoa, centro de Bananeiras-PB, por trás do Hotel Serra Golf;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS, transferido posteriormente para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, cidade de João Pessoa-PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? SIM;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? NÃO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Uma motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ano 2012/2012, de cor preta, placa NOC-0775/PB, CHASSI: 9C2KC1670CR491732

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

- 1 - JOSIMAR ROCHA JUNIOR, residente a Rua Benjamim Constant, 2º andar, centro de Bananeiras-PB;
- 2 - JOÃO GUILHERME RODRIGUES DE ALBUQUERQUE, residente a Travessa Cel Antônio Pessoa, 558, centro de Bananeiras-PB.

8) Breve resumo do fato:

Notícia que o seu filho DANIEL LUCAS XAVIER EPITÁCIO (brasileiro, solteiro, estudante, nascido em 05/03/1992, com 16 anos de idade, CPF 144.632.074-01, filho de Adjalme Epitácio Silva Junior e de Sandra Xavier da Silva) estava como passageiro na motocicleta anteriormente mencionada, a qual era conduzida pela pessoa de HALYSON RUAN DOS SANTOS EPITÁCIO (sobrinho do noticiante), sendo este devidamente habilitado, quando passavam na Travessa Cel Antônio Pessoa, centro de Bananeiras-PB, ocasião em que aproximava-se um veículo frontalmente; QUE para evitar uma colisão, HALYSON frenou a motocicleta, vindo a mesma a derrapar, sofrendo queda juntamente com DANIEL LUCAS XAVIER EPITÁCIO (filho do

Carilido de casamento





noticiante); QUE este sofreu trauma no punho esquerdo (fratura do rádio distal esquerdo), conforme Laudo Médico apresentado nesta delegacia, sendo ele submetido à procedimento cirúrgico, permanecendo cerca de 10 (dez) dias no hospital.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escreva(o) que digitei.

AGILME EPITÁCIO SILVA JUNIOR
Comunicante

Escreva(o)/Agente
Matrícula nº 179.451-5

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME	
☒	BO em cópia simples
☐	() Comprovante de despesas médicas em cópias
☐	() Certidão de Óbito em cópia simples
☐	() Laudo de IML em cópia simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação	
Seguradora Líder - DPVAT	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Folha nº 136

Ocorrência nº. 261/2018

RECEBIDO

12 NOV 2018

Seguradora Líder DPVAT

coloca Inu.

Aos DEZESSETE dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de BANANEIRAS/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivã(o) ad hoc, aí, por volta 10h:28min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

ADJALME EPITÁCIO SILVA JUNIOR, conhecido(a) por **PROFESSOR JUNIOR**, Identidade nº 1546035-SSP/PB, CPF nº 853.557.804-82, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: professor, filho(a) de Adjalme Epitácio Silva e De Gilda Guimarães Silva, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 02/02/1972 (46 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Adjalme Epitácio, 43, Conjunto Major Augusto Bezerra, tendo como ponto de referência: próximo ao cartório eleitoral, na cidade de BANANEIRAS/PB, fone(s) para contato: (83) 99318-8478.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 06 de maio de 2018; ←
- 3) **Horário do fato:** 18h:30min;
- 4) **Local do fato:** Travessa Cel Antônio Pessoa, centro de Bananeiras-PB, por trás do Hotel Serra Golf;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRAS, transferido posteriormente para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, cidade de João Pessoa-PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Uma motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ano 2012/2012, de cor preta, placa NOC-0775/PB, CHASSI: 9C2KC1670CR491732

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

- 1 - **JOSIMAR ROCHA JUNIOR**, residente a Rua Benjamin Constant, 2º andar, centro de Bananeiras-PB;
- 2 - **JOÃO GUILHERME RODRIGUES DE ALBUQUERQUE**, residente a Travessa Cel Antônio Pessoa, 558, centro de Bananeiras-PB.

8) Breve resumo do fato:

Notícia que o seu filho **DANIEL LUCAS XAVIER EPITÁCIO** (brasileiro, solteiro, estudante, nascido em 05/03/1992, com 16 anos de idade, CPF 144.632.074-01, filho de Adjalme Epitácio Silva Junior e de Sandra Xavier da Silva) estava como passageiro na motocicleta anteriormente mencionada, a qual era conduzida pela pessoa de **HALYSON RUAN DOS SANTOS EPITÁCIO** (sobrinho do noticiante), sendo este devidamente habilitado, quando passavam na Travessa Cel Antônio Pessoa, centro de Bananeiras-PB, ocasião em que aproximava-se um veículo frontalmente; QUE para evitar uma colisão, HALYSON freou a motocicleta, vindo a mesma a derrapar, sofrendo queda juntamente com **DANIEL LUCAS XAVIER EPITÁCIO** (filho do

Cartão de casamento



[illegible]

ADIA ME ENTÃO COMEÇAR A PESSOA A SEGUIR QUALQUER
 FINE, POR VOLTA 10H:58min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:
 FRANCISCO GUSEDDI LEITÃO FILHO, delegado(a) de Polícia Civil, com idade de 40(a) anos, solteiro, brasileiro(a), branco(a), natural de BANAINEIRAS/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(s) Dr(a).
 Aos DEZESSETE dias de SETEMBRO de DOIS MIL E OITOCOS, nesta cidade de

ADALME EPITÁCIO SILVA JUNIOR, conhecido(a) por PROFESSOR JUNIOR, identidade nº 1246032-22/198, CPF nº 823.227.804-82, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro, profissão: professor, filho(a) de Adalme Epitácio Silva e De Glória Guimarães Silva, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 02/02/1972 (46 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Adalme Epitácio, 42, Condomínio Major Antônio Bezerra, nº 10, ponto de referência: próximo ao catão eleitoral, no bairro de BANANEIRAS/PB, (antigo) por contato: (83) 99318-8478.

para baixar\registrar\informar\boletim contem a seguir o sumário:

1) Instruções do fato: ACIDENTE DE TRANSITO.

2) Data do Fato: 06 de maio de 2018;
3) Horário do fato: 18h30min;
4) Local do fato: Travessa Cel. Antônio Pessoa, Centro de Bandeirantes-PB, por trás do Hotel
Serra Golf;

2) Unidade(s) de Saúde para a(s) dual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):

[illegible]

4. O condutor envolvido no acidente.

[illegible]

7 Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

HASST: BCKK1630CRA1732
HONDA CGL 150 PAN EGI, ano 2013/2015 de cor preta, placa NCC-072598

JOSEMAR ROCHA JUNIOR, residente a Rua Benjamin Constant, 30, bairro...

JOÃO GUILHERME RODRIGUES DE ALEQUENQUE, residente e domiciliado em Rua...

União Petista, 258, Centro de Bandeiras-46.

02/03/1995, com 16 anos de idade, CPF 144.632.934-01. Filho de Ailton de Almeida e de Maria de Fátima de Almeida. Endereço: Rua do Azeite, 100, Jd. São Paulo, São Paulo, SP. 05061-000.

~~... e de 2000, com o objetivo de avaliar a eficácia da intervenção...~~

...e, quando este devidamente habilitado, quando passavam na

Daniel Lucas Xavier Estigarribia, nacido en el pueblo de Itaipuaçu, Estado de Paraná, Brasil, el día 10 de mayo de 1968, con DNI N° 7.854.123, quien se encuentra actualmente desahogado y libre de toda responsabilidad legal.



noticante); QUE este sofreu trauma no punho esquerdo (fratura do rádio distal esquerdo), conforme Laudo Médico apresentado nesta delegacia, sendo ele submetido à procedimento cirúrgico, permanecendo cerca de 10 (dez) dias no hospital.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticante, e por mim, escrevã(o) que digitei.


ADJAILME EPITÁCIO SILVA JUNIOR
Comunicante

Escrevã(o)/Agente
Matrícula nº 179.451-5

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME	
☒	BO em cópia simples
☐	() Comprovante de despesas médicas em cópias
☐	() Certidão de Óbito em cópia simples
☐	() Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação	
Seguradora Líder - DPVAT	

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Daniel Lucas Xavier Epitácio, portador da carteira de identidade nº — e inscrito no CPF/MF sob o nº 144.632.074-01, residente e domiciliado na Rua Adolpho Epitácio, nº 43, Conj. Augusto Bugnion, Cidade Bananais, Estado Alagoas, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



x Daniel Lucas Xavier Epitácio

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Bananais, 05 de Novembro de 2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Lucas Xavier Epitácio

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº 144.632.074-01 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>Adolpho Epitácio</u>
Número	<u>43</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Conjunto Augusto Bizarro</u>
Cidade	<u>Bananais</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58.220-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Comprovante de residência



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bananais, 30 de Maio de 2018.

Assinatura do Declarante: x Daniel Lucas Xavier Epitácio

Autoregisto pelo Sistema



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNE5: 123312 - TEL: 8332168700

Boletim de Atendimento: 1080842



Identificação do paciente				
ID 1287121	Nome DANIEL LUCAS XAVIER EPTAGIO			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/03/2002	Idade 16 anos 2 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SANDRA XAVIER DA SILVA	Pai ADJALME EPTAGIO SILVA JUNIOR			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ADJALME EPTAGIO SILVA JUNIOR			
DDD Móvel 63	Fone Móvel 993168478	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento REGISTRO DE NASCIMENTO	Número documento 3954	Nº Cns		
Local de procedência BANANEIRAS		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
E-mail	Naturalidade BANANEIRAS	CBO/R		
Endereço				
CEP 58220000	Município de residência BANANEIRAS	UF PB	Logradouro ADJALMA EPTAGIO	
Número 43	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 08/05/2018 10:30:08	Número da pulseira 100006585593	Convênio SUS		
Especialidade ORTOPEDIA		Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Data/hor do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veto do ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA x mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrassonografia []				
Dados clínicos				
Documentação médica - hospitalar				
Diagnóstico				CID
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES				Tempo 20seg

Imprimir



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HIOY

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HIOY

7 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Daniel Borges Xavier Epitacio

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1080642

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CDD. DO PRINCIPAL

24 - CDD. DO SECUNDÁRIO

25 - CDD. DO CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

S. Grau
01 copiar
A - 50

CA 3.5
TCE

01 placa em "T" 3x4, fixar
03 lâminas cartilagens n. 14 (p/3.5mm)
05 lâminas e/ou placas n. 24 (p/4.0mm)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. DO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Dr. Carlos Alberto da Silva
Cirurgião - Traumatologista
CRM PE 2264
Régua de 15cm

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: DANIEL LUCAS XAVIER EPITÁCIO BE/PRONTUÁRIO: 1080642
 IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ DATA: 15/5/2018
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA MOS: 2
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
 CIRURGIÃO: DR. SÁVIO BRUNO 1ª ASS: DR. CARLOS ALBERTO
 2ª ASS: _____ 3ª ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: DRA. ROSSANA
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO ANESTÉSICO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
☐ RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 15/5/2018

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM PB 6602 CRM RJ 22643

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

VIA DE ACESSO VOLAR ANTEBRAÇO ESQUERDO 1/3 DISTAL

CUIDADO DE HEMOSTASIA

AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS

achados:

Conduta:

REDUÇÃO DA FRATURA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA

FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA PARA RÁDIO DISTAL VOLAR % SENDO USADO O

SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS

LIMPEZA COM SF À 0.9%

REVISÃO DA HEMOSTASIA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

RELATIVOS ESTÉREIS

RX DE CONTROLE

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

15/5/2018

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 5907 CMA PE 2264
TEMT 13541

NOME DO PACIENTE: **Daniel Rouscou Lima Epitacio** 1080642
 IDADE: **16 ANOS** PRONTUÁRIO: _____ ENTERRADOR: _____ LUGAR: _____
 CIRURGIÃO: **Dr. Carlos Dr. Soares** CIRURGIÃO AJUDANTE: _____
 ANESTESIA: **bloqu岸 de plexo + Gued**
 ANESTESISTA: **Dr. Nona de Almeida**
 INSTRUMENTADOR: **Enferm**
 DATA: **15/7/78** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: **12:45** CIRURGIÃO: **14:30**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 (1) ASA 2 (1) ASA 3 (1) ASA 4 (1)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD.

ALFENTANIL	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIO	QTD.
BLP VACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº11		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BLP VACAÍNA PESADA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
CETANOL		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
ETOMIDATO		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	
STIL		ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	
FLUHAZENIL		PAPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	
ISOPRANO		PAPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	
APR VACAÍNA C. VASO		PAPI TÓRICO		LÂMINA DE DERMATOMO	
OBUPACAÍNA S. VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENKERTO	
LIDOCÁINA C. VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LIDOCÁINA S. VASO		AGULHA 13X4.5		LUVA ESTÉRIL Nº6	
NEIDAZOLAN		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7.5	
MORFINA		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8.0	
NIMBIZ		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8.5	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	
PROPORFOL		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	
RODORONIO		AGULHA RAQUI Nº26Q		SCALP Nº21	
SEVOFLURANO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 1ML	
SUXAMETÔNIO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	
TIOPENTAL		ATADURA DE CREPON		SERINGA 10ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	ATADURA CESSADA		SERINGA 20ML	
ADRENALINA		BOLSA FI COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ÁGUA DESTILADA		CÂMULA FI TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ÁGUA		CATETER EMBÓLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY VÍAS Nº12	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY VÍAS Nº14	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº19		SONDA NASOG. CURTA	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº20		SONDA NASOG. LONGA	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº21		SONDA URETRAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº22		TORNEIRINHA	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº23		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº24		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº25		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº26		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº27		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº28		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº29		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº30		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº31		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº32		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº33		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº34		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº35		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº36		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº37		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº38		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº39		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº40		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº41		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº42		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº43		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº44		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº45		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº46		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
CLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº47		TUBO ENDOTRA	

1	100
---	---



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL DR. CLÓVIS BEZERRA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613298

ENDEREÇO: Rua João Pessoa, 689

MUNICÍPIO: BANANEIRAS

CNPJ/CPF: 18.730.452/0001-5

BAIRRO: Centro

ESTADO: PB

CEP: 58220-

UF: 2

NOME: Daniel Xavier Epitácio PACIENTE:

PROFISSÃO: Estudante

ENDEREÇO: R. Adolpho Epitácio

MUNICÍPIO: Bananeiras

BAIRRO: Cidade Alta

DOCUMENTO:

CEP: 58220-

ESTADO: PB

UF:

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:

CNS:

DATA DO NASCIMENTO: 05/03/2002

DATA DO ATENDIMENTO: 06/05/14

RAÇA/COR:

SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de Antebraço em AP e
obliquo

CBO

CNS

PROFISSIONAL

CID-10

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Dr. Danyal Alves Costa
MEDICA
CRM - PB 13295

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PÓLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



ATESTADO MÉDICO

12

Atesto para os devidos fins que, a pedido d
Sr.(a) Daniel Alves portado
da identidade RG _____, que o(a) mesm
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ ho
portador(a) da patologia CID-10 S52.8
devendo permanecer afastado(a) de suas ativida
laborativas por um período de 30 - trinta
dias, a partir desta data.

João Pessoa, 05.05.18

Luiz Juvêncio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8637 / TEO 15.822

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo o(a) Dr.(a) _____
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por exten
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

VIA-PACIENTE

VIA ANEXAO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.001



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1080642 e PRONTUÁRIO nº 108633

PACIENTE: DANIEL LUCAS XAVIER EPITÁCIO

DATA DE NASCIMENTO: 05.03.02

Data e Hora do Atendimento: 08.05.18

Horário: 10:30h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma no punho esquerdo. Atendido pelo Dr. Luiz Juvêncio Medeiros de Arruda Câmara CRM 8637, Dr. Carlos Alberto M. Vieira CRM 6902.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO

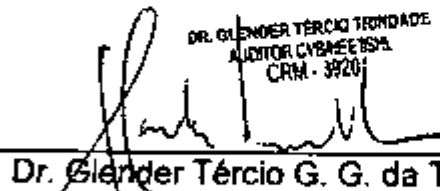
CID 10 S 52.8

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

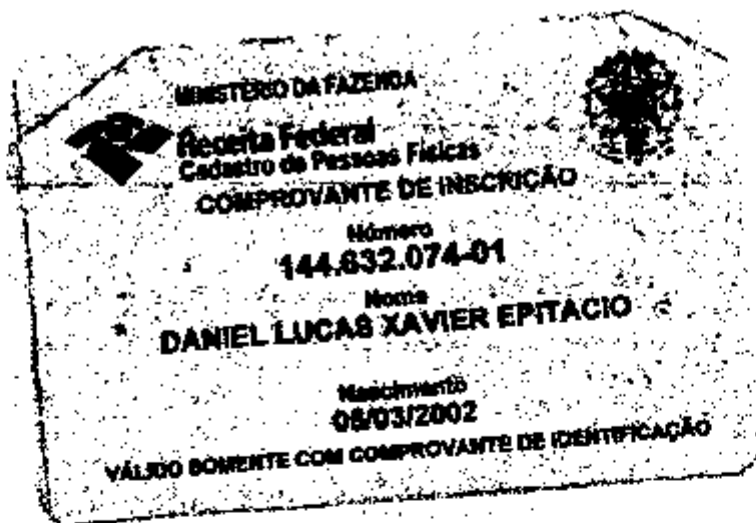
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do punho esquerdo AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 15.05.18 com redução e fixação de fratura do punho distal esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 17.05.18 às 9:46h

Data da Emissão: 30.07.18


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Documentos de identificação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414066/18

Vítima: DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

CPF: 144.632.074-01

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/05/2018

Titular do CPF: DANIEL LUCAS XAVIER
EPITACIO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO : 144.632.074-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO
CPF: 144.632.074-01

DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA ☐ **COBERTURA DE MORTE** ☒ **COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA **DANIEL LUCAS XAVIER EPIFÂNIO**

DATA DO ACIDENTE **06/05/18** POSSUI CPF SIM () NÃO **NE** CPF **149.632.074-01**

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.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ató Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidiz do IMIL - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IMIL (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IMIL.
- ☒ 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ató Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (trechos e notas fiscais) contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptos 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

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 Ató 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ 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)
 - ☐ Declaração de cônjuge (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)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Cancelação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (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 do documentação (Nome) **Daniel Lucas Xavier Epifânio**

Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

E-mail **junior_ady@hotmail.com** Tel: **99518-8495**

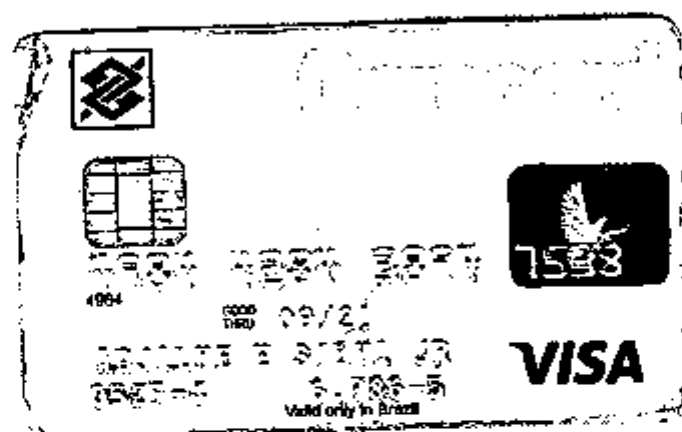
Data **05 de Maio 2018** Assinatura **Daniel Lucas Xavier Epifânio**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente

Data: Assinatura: Matrícula:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414066/18

Vítima: DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

CPF: 144.632.074-01

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/05/2018

Titular do CPF: DANIEL LUCAS XAVIER
EPITACIO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO : 144.632.074-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO
CPF: 144.632.074-01

DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414066/18

Número do Sinistro: 3180536908

Vítima: DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

CPF: 144.632.074-01

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL LUCAS XAVIER
EPITACIO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018
Nome: DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO
CPF: 144.632.074-01

DANIEL LUCAS XAVIER EPITACIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: VINICIUS CAMPOS DA SILVA
CPF: 051.812.667-62

VINICIUS CAMPOS DA SILVA