
Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

DUT 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

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

DUT 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



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190196046

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04882

CONTA: 000000011003-4

Nr. da Autenticação C09BD5F98BA64519

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	089.169.952.72	CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA		089.169.952.72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AUTÔNOMO	RUA PARQUE DAS FLORES	22	CEPS 7
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
PARQUE DAS FLORES	NOVA PARNAMIRIM	RN	59.154.230
E-mail:	Tel. (DDD):		
FRANCISCOSEGUROS@HOTMAIL.COM	84 99930.2330		

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

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 4882	CONTA: 000.011.003	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, PARNAMIRIM, 08/02/2019
 Nome: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA
 CPF: 089.169.952.72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Cesar Silva Ferreira
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	PROTOCOLO RECEBIDO 13 MAR 2019 TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.
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.

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

AGÊNCIA: 4882

OPERAÇÃO: 013

CONTA: 000.011.003-4

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE

> RESULTADO > AUTENTICAÇÃO > Boletim de Acidente de Trânsito

VISUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO DIGITALIZADO

O boletim nº 101028 foi registrado em nosso banco de dados em 29/11/2018 às 08:56:11 com o código de controle 1DCI

NOVA CONSULTA

**PROTOCOLO
RECEBIDO**
13 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 101028

1 - LOCAL E DATA

Local AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO Bairro NOVA PARNAMIRIM
Cidade/UF PARNAMIRIM P. Ref. CLUBE DA PETROBRAS
Data 24/11/2018 Hora do acidente 12:20 Hora do registro 14:00 Dia da semana SABADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi QGU 0761 Cidade PARNAMIRIM UF RN
Marca/Mod. HYUNDAI CRETA 2.0A Cor CINZA Ano 2017 / 2018
Proprietário DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA N° de Ocupantes 01
Condutor DENIZA FREITAS DE OLIVEIRA Data de Nasc. 13/03/1982
Endereço R. ROSILDA MELO N° 129 Fone 99635 9427
Bairro NOVA PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF N° 049.808.534-12 CNH N° 05728986262 Validade 23/11/2022 Categoria B
Local de Trabalho MATERNIDADE JANUARIO CICCO Fone _____
End. AV. PRUDENTE DE MORAIS N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi 4142 (FINAL CHASSI) Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. SHINERAY Cor PRETA Ano 1
Proprietário CARLOS CESAR SILVA FERREIRA N° de Ocupantes 01
Condutor CARLOS CESAR SILVA FERREIRA Data de Nasc. 24/07/1975
Endereço R. PA DAS FLORES CASA 7 N° 22 Fone 98802 4963
Bairro CONT. PD DAS ARVORES N. PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF N° 889.169.952-72 CNH N° M Validade 1-1- Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

PROTOCOLO
RECEBIDO

13 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / CIDADE SATELITE Em que faixa? _____

Versão do condutor ALEGA QUE: AO SAIR DA ACADEMIA BURN FIT OBSERVOU O FLUXO DE VEÍCULOS E VISUALIZOU VIT. QUANDO ESTAVA FAZENDO A MANOBRA P/ SEGUIR SENTIDO BR 101 FOI SURPREENDIDA POR VIT COLIDINDO EM VI.

Assinatura do Condutor do V1:

[Assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. MARIA LACERDA MONTENEGRO

Em que sentido? NOVA PARNAMIRIM / AVIRTON SENNA Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALEGA QUE: TRAFEGAVA NORMALMENTE QUANDO FOI SURPREENDIDO POR VIT. SAINDO DE UM ESTACIONAMENTO E MANOBRANDO O SEU VEÍCULO P/ RETORNAR SENTIDO BR 101. NÃO ESPERANDO VIT PASSAR JÁ QUE VINHA NA PREFERENCIAL. VINDO ACONTECER O ACIDENTE.

Assinatura do Condutor do V2:

[Assinatura]

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3:

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

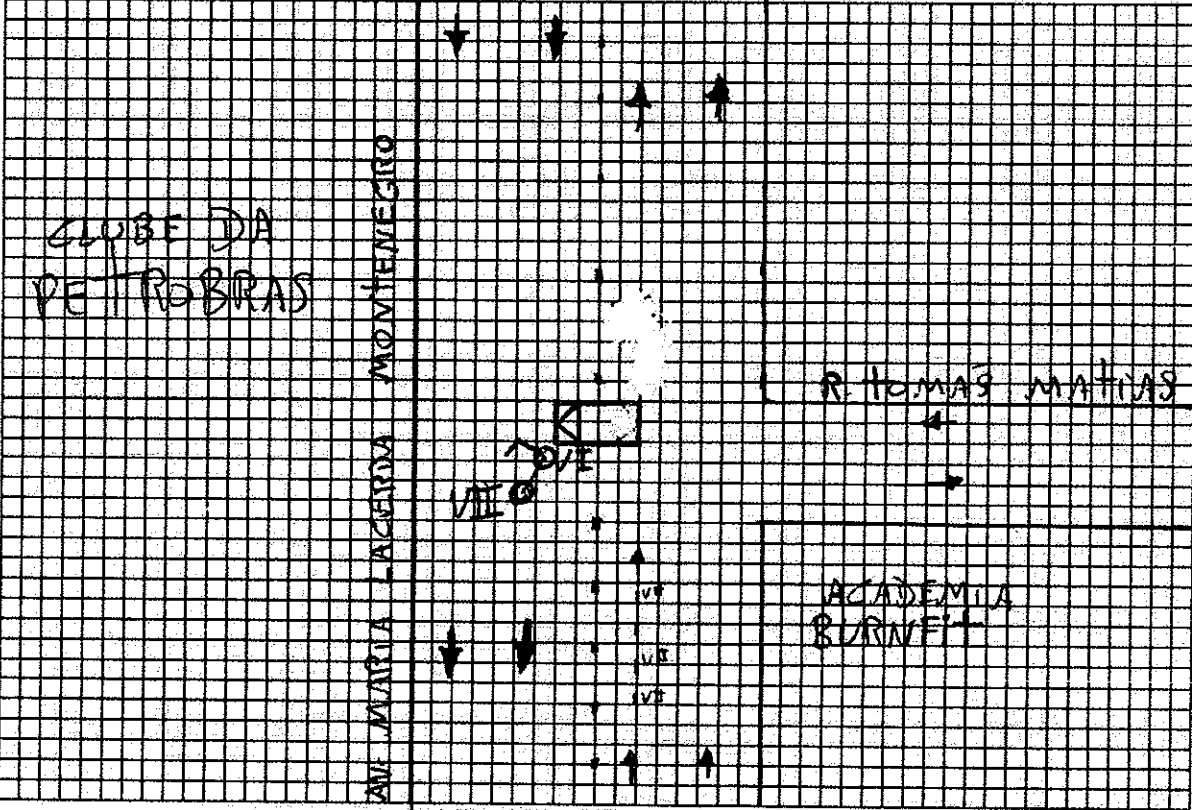
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4:

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☐ Reta	☒ Seca	☐ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☒ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Ative Íngreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite c/ Iluminação	☐ Nebulina	☐ Cascalho	☐ Ative Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros _____	☐ Terra	☐ Declive Íngreme	☐ Oleosa	☐ Linha <u>TACHAS</u>
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros _____	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s) _____
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. <u>50</u> KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☐ _____
			☐ Retorno	☐ _____	☐ _____
			☒ Entroncamento	☐ _____	☐ _____
			☐ Bifurcação	☐ _____	☐ _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO AV. AYRTON Senna

	
	
	
	
	
	
	
	
ÁRVORE	
VESTÍGIOS	
SEMÁFORO	
PEDESTRE	
BICICLETA OU MOTO	
CARRO DE PEQUENO PORTE	
CAMINHÃO OU ÔNIBUS	
CARRETA	

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO NOVA PARNAMIRIM

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARA-LAMA ESQUERDO, PARA-CHOQUE DIANTEIRO, CAPS

AVARIAS DO VEÍCULO 2

CARENAGEM DIREITA, RETROVISOR DIREITO, PARA-LAMA DIANTEIRO.

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 4

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	089.169.952-72	CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA		089.169.952-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AUTÔNOMO	RUA PARANG DAS FLORES	22	CASAP7
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
PARQUE DAS PÁVORES	NOVA PARNAMIRIM	RN	59154-230
E-mail:		Tel.(DDD):	
FRANCISASEGURAS@HOTMAIL.COM		84 9 9930-2330	

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

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 4882	CONTA: 000.011.003	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, PARNAMIRIM, 08/02/2019

Nome: CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

CPF: 089.169.952-72

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

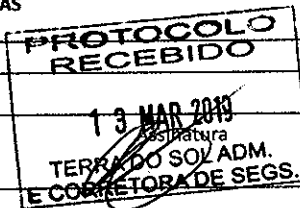
1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

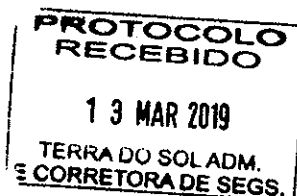
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrado a ocorrência Nº 106938/1 referente ao paciente **CARLOS CESAR SILVA FERREIRA**, 44 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 24/11/2018 em Parnamirim. Conforme ficha anexa.



Natal, 18 de fevereiro de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321

Nº: 106938/1

Data: 24/11/2018

CHAMADO

TARM: RAYSSA DE SOUZA

Rádio Operador: FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 29 (MACAÍBA)

Médico Regulação: TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: LUIZ HENRIQUE NOBRE LOPES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ISAC MARCIO DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO
MEDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: ADRIANO

Telefone: (84) 99635-9427

Nome do Paciente:

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

Idade: *

43 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8889889 Longitude: -35.2082431

Endereço: AV MARIA LACERDA

Bairro:

Outro Bairro: NOVA PARNAMIRIM

Referência/Complemento: NA LATERAL DO CEEP EM FRENTE A ACADEMIA BONIFI

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: DR LUIZ KLENER RECEBE O PACIENTE NO HDML

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

24/11/2018 13:10:36 - Dr(a). TIAGO DO NASCIMENTO BARBOSA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO-MOTO COM CAPACETE. CONSCIENTE ORIENTADA. SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA. COM DOR NO PUNHO ESQUERDO. DOR NO OMBRO. E DOR PRÓXIMO SEM SINAIS DE FRATURA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 24/11/2018 13:10:09 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA
Observação: RETIFICANDO NOME DA ACADEMIA "BURNFITNES"Data: 24/11/2018 13:18:56 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Observação: Controle de frota: DESDE LIBERAÇÃO SEM VTR DISPONIVEL AGUARDANDO QRV.Data: 24/11/2018 13:23:06 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Observação: Controle de frota: SEM VTR PRA CUBRIR ESTA OC EM PARNA E MACAIBA. VTR + PROXIMA EM QRV USB29 SGA ACIONADA PRA ESTA OC.Data: 24/11/2018 13:31:28 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS
Observação: Controle de frota: SAIU DA BASE MACAIBA DE 13:23, UNICA VTR DISPONIVEL.Data: 24/11/2018 14:19:56 Usuário: (TARM) RAYSSA DE SOUZA
Observação: CONTATO EFETUADO COM ENFER ADCLEY O MESMO PEDE PRA LIGAR DAQUI A 40 MINUTOS MAS QUE O PACIENTE PODERIA SER ENCAMINHADO.Data: 24/11/2018 15:16:24 Usuário: (RADIO OPERADOR) FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Observação: Controle de frota: DR LUIZ KLENER RECEBE O PACIENTE NO HDML

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 24/11/2018 13:08:26	Regulação Médica: 24/11/2018 13:10:36	Solicitação VTR: 24/11/2018 13:20:33	Saída VTR: 24/11/2018 13:24:42	Chegada Local: 24/11/2018 13:50:00
Saída Local: 24/11/2018 14:15:00	Chegada Destino: 24/11/2018 14:35:00	Liberação Destino: 24/11/2018 15:16:16	Liberação VTR: 24/11/2018 15:16:18	

Observação do Apoio:

CONDUTA

☐ Remoção

Conduta Médico Regulador:

24/11/2018 14:11:07 - CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO
PROTOCOLO DE TRAUMA

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

PARNAMIRIM - HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQU ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não

Declaração de Residência

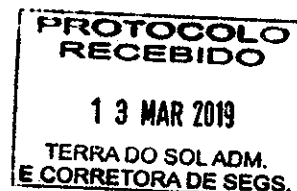
Conforme artigo 1º da Lei 7115/83.

Eu, José Cesar Silva Ferreira portador do
CPF nº 884.269.952-72, declaro para fins de Certificação Digital que
resido no seguinte endereço:
Rua/Av./Trav: Rua Parque das Flores
Nº 22 CEP: -
Bairro: Parque das Flores
Cidade: Arumirim
UF: SC

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais
a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarar não porte estritamente a
verdade.

Data: 29/05/17

José Cesar Silva Ferreira
Assinatura





PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESAD
COORDENADORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - CAS

Coordenadoria de
Atenção à Saúde

FICHA A		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					UF <u>RN</u>	
ENDEREÇO <u>Rua Pedro dos Freys 22 - Casa 07</u>			NÚMERO <u>1071</u>		BAIRRO <u>pedra das pedras</u>		CEP <u>59115-412</u>	
MUNICÍPIO <u>RN 1032511</u>		SEGMENTO <u>101</u>	ÁREA <u>1041</u>	MICROÁREA <u>102</u>	FAMÍLIA <u>111</u>	DATA <u>27-11-19</u>		

CADASTRO DA FAMÍLIA

[illegible][illegible]

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo
CHA - Chagas
DEF - Deficiência
DIA - Diabetes

EPI - Epilepsia
GES- Gestação
HA - Hipertensão Arterial
TB - Tuberculose

HAN - Hanseníase
MAL - Malária

Cláudia Francisca da Silva
Diretora
MATRÍCULA 8850

MATRÍCULA 8850

Sehr

**Cabo Serviços de Telecomunicações Ltda**

Insc. Estadual: 20.083.236-0
CNPJ: 02.952.192/0001-61
Rua Senador José Ferreira de Souza, 1916
Candelária - CEP: 59064-520 - Natal/RN
SAC: 2010.2010 - 10600
FAX: 2010.9010 | DEF. AUDITIVO: 0800.884.5961

Nota Fiscal de Serviços de Comunicações

Modelo 21
Série única CFOP 5307

Nº 24827

Data da emissão: 01-02-2019

Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES
Endereço: R SADI MENDES 1022-A
Bairro: SANTOS REIS Município: Parnamirim
CNPJ/CPF: 413.039.704-49

CEP: 59141-085
Insc. Est:

CABOTELECOM**Discriminação dos Serviços**

LINK Provedor Supercabo (SVA) 5 MEGAS - 15 ANOS
Intercabo (SCM) 5 MEGAS - 15 ANOS
Velocidade Promo navegação 20 Megas
Cabo Fone New 200 F
Chamadas LDN
Chamadas Originadas
Serviço Wi-Fi

Mês de Referência	Quant.	Valor	Impostos Inclusos
01-01 a 31-01	1	39,80	3,68
01-01 a 31-01	1	30,95	10,42
14-12 a 13-01	1	12,84	3,85
14-12 a 13-01	1	10,49	3,53
14-12 a 13-01	1	1,27	0,43
	1	8,90	1,28

NF 104,25 +

Encargos 0,00 +

Débito Ref. NF 0,00 -

Crédito/Pagamento Ref. NF 0,00 =

TOTAL A PAGAR

104,25

VENCIMENTO

06-02-2019

Valor da Mensalidade

104,25

Informações Importantes

Para sua maior comodidade, informamos que as suas contas podem ser pagas através do Sistema de Débito Automático em conta corrente. Para tanto, dirija-se a nossa sede e cadastre-se!

Informamos ainda que a 2ª via das faturas podem ser impressas através do nosso site www.cabotelecom.com.br.

O relatório detalhado do(s) serviço(s) prestado(s) se encontra disponível na página web da Cabo Telecom podendo, ainda, ser solicitado, por meio impresso.

PROTOCOLO RECEBIDO

13 MAR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Os cinco últimos registros de atendimento

13077277
13046680
13044562
13044541
13044471

Base de Cálculo	Aliquota	Valor do ICMS	Reservada ao FISCO
55,55	30%	16,67	7f83.e72d.5525.26e9.9ac1.5093.ff82.a145

Sem repasse para os nossos assinantes, será destinado ao FUST 1% e ao FUNTEL 0,5% do valor total dos serviços de comunicações, líquido de impostos. Regime Especial nº 630/2004 - CAT. Base de cálculo de ICMS dos serviços de TV por assinatura reduzida em 60%, conforme decreto Nº 17.615 de 30/06/2004. Telefone gratuito ANATEL-1331. PROCON/Natal - R. Vigário Bartolomeu, 542, Cidade Alta, Tel. 3232-9050.

Itau	341	34191.09156	55464.379316	43285.770004	2	77920000010425
------	-----	-------------	--------------	--------------	---	----------------

Cedente: CABO SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES LTDA

Data do documento: 01-02-2019	Número do documento: 24827	Espécie do documento: 17	Aceite: S	Data processamento: 01-02-2019	Carteira: 109	Prorrogado para: 06-02-2019
Instruções:						Agência Cedente: 9314/32857-7
Atenção: não receber após 30 dias de vencimento.						Nosso Número: 109/15554643-7
Usuário: 1734702 Joao Roberto Ferreira NEVES						Valor do Documento: 104,25
Endereço: R SADI MENDES 1022-A						Valor cobrado

SANTOS REIS 59141-085

Autenticação

Ficha de compensação



Código de Baixa

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 413.039.704 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.952 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS CÉSAR SILVA FERREIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 689.169.952 / 72 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. SADI MENDES</u>	Número: <u>6022</u>	Complemento: <u>A</u>
Bairro: <u>SANTOS REGIS</u>	Cidade: <u>PARANAMIRIM</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>FRANCISCASEGUROS@hotmail.com</u>	CEP: <u>59.841.085</u>	Tel.(DDD): <u>84 9 9830.2330</u>

Local e Data: PARANAMIRIM, 15 DE FEVEREIRO DE 2019.

Assinatura do Declarante

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

13 MAR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

SOS 7 e si Acom... Del. 98800 4963 70



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

21

NOME:

IDADE:

COR:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

DATA:

HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente trazido pelo SAMU em relação de colisão moto x carro de baixo impacto em desvio de direção e queda de altura

EXAME FÍSICO

do em punho (E) e Joelho (D)
A: Vias aéreas patentes, sem cervicalgia
B: MVA em AHT, DICA
C: RCR em ZT, BNF. FC: 78 A3D: plano, flácido e indolor. Pulso estável e indolor
D: Glasgow 15, sem defeitos, pupilas isocóricas

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	ESCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	160 x 100	20	15	98% sat O2		82
PROTOCOLO RECEBIDO						
13 MAR 2019						
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.						

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura

ORIGINAL
10/03/19

EXAMES COMPLEMENTARES

Albergo a Paciente

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

- Rx do ~~torax~~ punho (E) e joelho (D)
 - Voltar 75 mg IM
 - Avo do Ortopedia
 - Alto do C.G.
 - Tala axila - palmar (E)
 - Tala axila - palmar (E)

Luiz Cláudio
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço
 CRM/RN 8548

- Pautar no ort é medicação IM. de 10 dias
 - ortopedia Paciente com fratura
 rádio distal (E) interno cirurgico

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE ortopedia	☐ REMOVIDO EM _____ HORA _____ PARA _____
---	--	--

HORA _____ HS	DECISÃO MÉDICA ☐	A REVELIA ☐
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	HORA _____ HORA _____	
ENTREGUE A FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

Dr. Gustavo Pegzu
 Médico
 CRM/RN 7794

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: João Leon Silva Fom Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

Paciente vítima de acidente de trânsito com lesão no punho direito e
fratura do rádio
Alto do Cirurgião

Luiz Cláudio Azeiteiro
Cirurgião de Mão, Punho e Plástico
CRM/RN 8548

Médico

CRM

Data

24/11/18

Encaminhado à especialidade: Ortopedia

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia 1/1/18

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: _____ Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Vítima de acidente moto x carro
apresentando deformidade no punho
(E) RX com fratura no rádio
distal do tipo BARTON VOAR com
indicação de cirurgia.

Diagnóstico: Fratura do rádio distal (E) CID: S52.5

Dr. Gustavo Pezzi
Médico

Médico

CRM/RN 7794

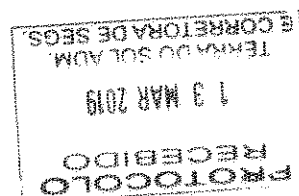
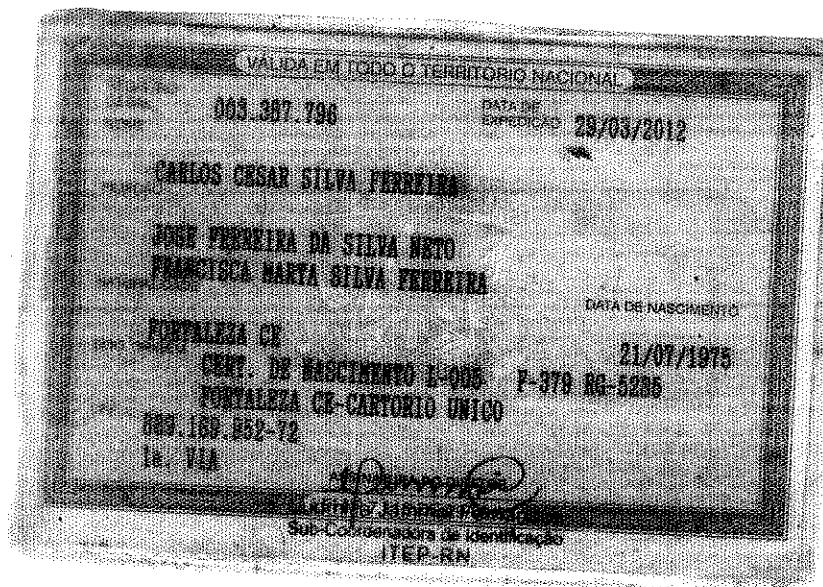
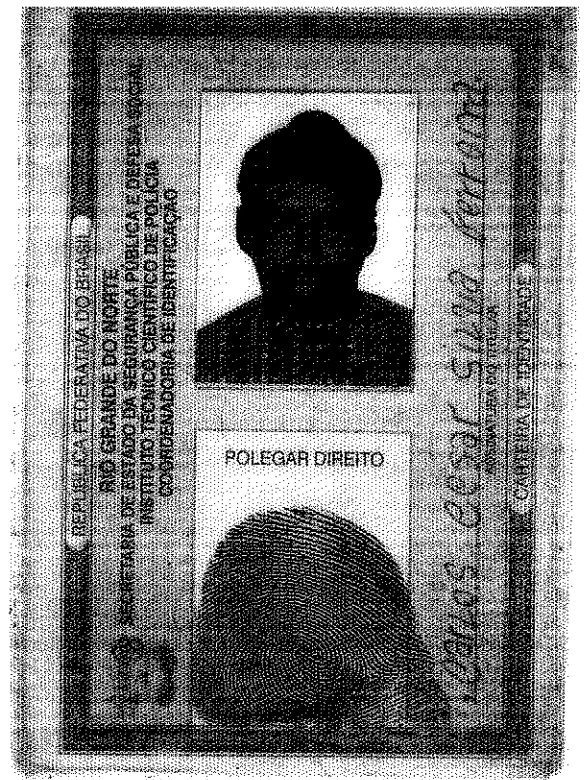
CRM

Data

24/11/18

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: CONEXÃO ORIGINAL

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia 24/11/18



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 11239

COAB

DATA DE NASCIMENTO: 09/03/1983
CPF: 413.039.704-49
ESTADO EM: RN
VIA: 23/04/2014

Nome: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
Titular: VICENTE FLORENCIO NEVES
Valdeir FERREIRA NEVES
Naturalidade: MACAIBA-RN

RG: 759299 - SSP/RN
CPF: 413.039.704-49
Assinatura: Valdeir Ferreira Neves
NÃO DECLARADO
GERGIO FERREIRA COSTA FREIRE
PRESIDENTE

**PROTOCOLO
 RECEBIDO**

13 MAR 2019

**TERRA DO SOL ADM.
 E CORRETORA DE SEGS.**

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1.100.080

COAB

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.966/94)

USO OBRIGATORIO

Assinatura: Valdeir Ferreira Neves

Barcode

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA, brasileiro, solteiro, autônomo, com o RG sob o nº 003.387.796, com o CPF sob o nº 889.169.952-72, residente e domiciliado à Rua Parque das Flores nº 22 Casa 7, Parque das Árvores, Nova Parnamirim, Parnamirim/RN

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do Sinistro, acompanhar andamento do processo e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim/RN, 18 de FEVREIRO 2018..

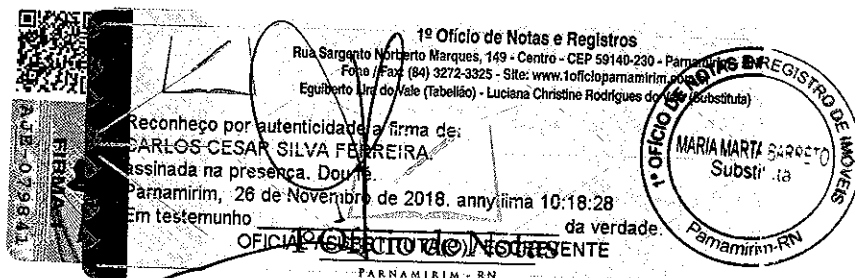
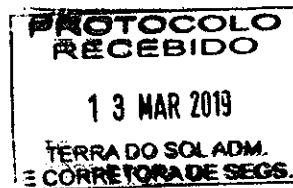
1º Ofício de Notas



CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085417/19

Vítima: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

CPF: 889.169.952-72

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: CARLOS CESAR SILVA FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES : 413.039.704-49

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLOS CESAR SILVA FERREIRA : 889.169.952-72

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: 13/03/2019
Nome: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CPF: 413.039.704-49

JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA