

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: 27/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENDERSON DE SOUZA SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000098995-9

Nr. da Autenticação 9989000CF21F8A8C

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12039199

A/C: ENDERSON DE SOUZA SANTOS

Nº Sinistro: 3170282352
Vítima: ALESSANDRO BEZERRA SANTOS
Data do Acidente: 14/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ENDERSON DE SOUZA SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **0000098995-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ALESSANDRO BEZERRA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Flamboian, 886 - 886 - Boa Vista/RR -
CEP 69314-184

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 359824-1 - SSP-RR -
25/04/2007

Data e Local do Exame : 22/11/2017 AVENIDA SYLVIO LOFEGO BOTELHO,
565 - BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico: Vítima de acidente de carro sofreu fratura do fêmur direito

Exame Físico: No exame pericial observei encurtamento do MID de aproximadamente 01 cm + deambulação com claudicação

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ Sim ☐ Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

Vítima fez tratamento conservador com imobilização gessada por 03 meses + medicação, não fez fisioterapia. Evoluiu com limitação funcional do MID

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Déficit funcional leve do MID

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Membro inferior direito

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

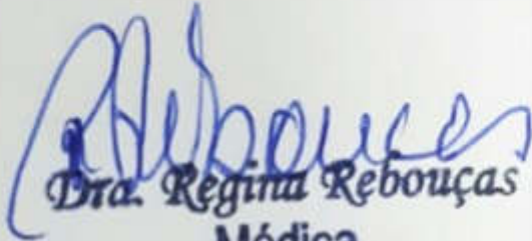
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Menor de 04 anos veio acompanhado de seu pai Enderson de Souza Santos- os dados de CPF e Rg informados são do pai



Dra. Regina Rebouças
Médica
CRM/RR 1032

REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170282352 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRO BEZERRA SANTOS **Data do acidente:** 14/09/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de fêmur direito

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular de fêmur direito, acarretando perda parcial da amplitude do movimento de membro inferior direito

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirurgico da fratura e não realizou tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica 10/09/2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional leve de membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais de membro inferior direito , portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Regina Alho

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARIO PEREZ GIMENEZ

CRM do médico: 45442

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio

NOTIFICAD
DATA:
ASS:
INX

Classificação de Risco Emergência		BE-Bolém de Entrada 88705	Data e Hora de Entrada 14/09/2016 19:33:26	
Prontuário 285165	Cartão SUS: 898004085579276	Data Nascimento 28/10/2013	Idade 2 anos e 10 meses	
Nome ALESSANDRO BEZERRA SANTOS			Telefone 991866237	
Mãe SHEILA CARLOS BEZERRA	Endereço (PAI)		Responsável PAI	
Endereço rua felipe xaud N: 2448	Bairro ASA BRANCA	Cidade Boa Vista		

Altura	Peso 1.11	Frequência	Pulso 0	Temperatura 0.00	PA
--------	--------------	------------	------------	---------------------	----

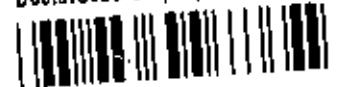
Queixa Relatada na Entrada
ACIDENTE DE TRANSITO/TRAUMA NA PERNA DIR.

reve Histórico/Observações/Dados Clínicos: ~~10.30.35~~ Mãe criança trazida pelo SAMU a história de colisão carro/ como acidente em via pública a cerca de 30 min. Pai não lembra, vômitos ou cômico após acidente, criança não estava no colo da mãe durante acidente permaneceu dentro do veículo e não usou do cinto de segurança.
Ao exame: Big, acordado, colaborativo e conversando com a equipe.
BP: MU @ SRA Bil

Prescrição: Rbx, frotador, Sini frotador, RHA @, indol
Ext: Rina @ imobilização de suspiro de luxação

CD: Solicito RX TÓRAX
RX de MMII D.
solicito avaliação pela de gmo
20/10/2016 pedic. por ~~int~~ de. transt
cl. ~~187~~ 2" ~~prolusa~~ + ~~prolusa~~ @ ~~de~~
ad = tala
+ ~~int~~ ~~tracção~~

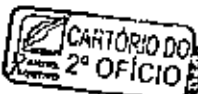
Leldia Nobles
Médica
CRM 166



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Benedito Fernandes de LimaRG nº 179319, data de expedição 1/1/Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 339.081.413-70, comdomicílio na cidade de Boa Vista, no Estado deRoraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)R. W 32 Senador Helio Campos nº complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Alessandro B. Santos cujo o condutor eraEmerson de Souza Santos.Veículo: automóvelModelo: 199502 - Grm/Corsa VeludAno: 1998Placa: JWP 2393Chassi: 9865C082WUC720386Data do Acidente: 14/09/16Local e Data: Boa Vista - RR 22 dezembro 2016Assinatura do Declarante Benedito Fernandes de LimaAssinatura do Condutor Emerson de Souza Santos

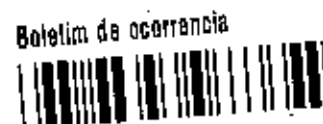
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista.
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Amílcar Trivez, 4302 - Av. Branca - Boa Vista - RR
Fone: (067) 3627-4486

Reconheço por Semelhança a(s) firma(s) de:
[Assinatura] - BENEDITO FERNANDES DE LIMA
[Assinatura] - EMERSON DE SOUZA SANTOS

O que dou fé, Boa Vista, 22 de Dezembro de 2016.
Daniel Antonio de Aquino, Neto - Tabelião.
Lúcio Ricardo Queiroz Pires - Tabelião Substituto
DMG. Em testemunho da Verdade.
Emolumentos: R\$ 3,10. Selo(s) NENHUM Aquino

Camilla Pires
Tabelião Substituto
Escritório Autorizado



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029637/2016-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/01/2017 10:45
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM SÉRIE J Nº 805418 Data: 14/09/2016
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateio: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 14/09/2016 19:20

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Rua Mestre albano com henrique da oliveira gomes

Bairro: Cambará

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095. Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: ENDERSON DE SOUZA SANTOS (PREPOSTO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 22
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Nome do Pai:

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua Felipe Xaud Nº: 2448
Bairro: Asa Branca

Nome: EDUARDO DE SOUZA SANTOS (PREPOSTO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 18
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua Felipe Xaud Nº: 2448
Bairro: asa branca

Nome: HADDWAY BRUNO GIMAQUE DO NASCIMENTO (PREPOSTO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 21
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua costa rica Nº: 737
Bairro: Cauamé

Nome: ALESSANDRO BEZERRA SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 28/10/2013
Estado Civil: Solteiro(a)
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Sheila Carlos Bezerra Nome do Pai: Enderson de Souza Santos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

04 JAN. 2017

AGENTE DE POLÍCIA

17 MAIO 2017

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado do 4º DP informo que fomos acionados via CIOPS para atender ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e com vítima, veículo do item 01 Gol branco placa LBM7942 e veículo do item 02 corsa grafite placa JWP2393 segundo o item 02 trafegava na rua Mestre Albano sentido bairro/centro quando foi colidido na lateral direita do veículo pelo item 01 que trafegava na rua Henrique de oliveira Gomes sentido av. alaida Teive. Informo que na rua Henrique de oliveira Gomes tem placa de pare. Os itens 01 e 02 foram conduzidos ao PS com escoriações pelo corpo, Que Alessandro Bezerra Santos quebrou o fêmur direito. Os veículos dos itens 01 e 02 foram entregues para familiares. As partes envolvidas foram orientadas.

ASSINATURAS

Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar do Estado de Roraima
ComunicanteAlessandro Bezerra Santos
Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúnciação Caluniosa e 340 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAI

04 JAN. 2017

AGENTE DE POLÍCIA

17 MAIO 2017

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: Equipe: Moricour, 1005/ Frayon e Quillean

Paciente: Alexandro Bezerra Santos Idade: 22 anos Sexo: M

Endereço: Rua do Jato Alho - um km de - Comuna

Nº: 56 334 DATA: 14/10/91 L6 HORA: 18:54 18:58 J10

Médico (a) Regulado (a) Dr. (a) CRM: Dr. Pinson

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL Cinto: ☐ SIM ☒ NÃO Vidro: ☐ projetado ☐ encarcerado Air Bag: ☐ SIM ☒ NÃO Motorista: ☐ dianteiro ☒ traseiro Passageiro: ☐ dianteiro ☒ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☒ Colisão <u>Carro</u>	MOTO: ☐ Condutor ☐ Carona Capacete: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	VIOLÊNCIA ☐ FAF ☐ PAF ☐ Espancimento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	OUTROS ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Tráfego ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão animal ☒ Outros: <u>Tramitação</u>
---	---	---	---

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Rosp. Ruidosa ☐ Obstrução ☐ Apnéia ☐ Outro: <u>@</u>	Ventilação ☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Murmúrio ☐ Força Aspirativa	Circulação ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☐	Avil. Neurológica ☒ AVDN ☐ Mose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrria ☐ Otorrria ☐ Rinorria ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV
--	---	--	--

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>19:06</u>							<u>NÃO FOI POSSÍVEL AFERIR SSVU</u>	
Fim								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele ☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Clorótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Pericrânio	Estom ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfema Sub-Cutâneo	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doroso ☐ Evisceração
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorso ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☒ Lacerações <u>Articulação</u> ☐ Luxações		☐ Fratura ☐ Amputação	

AVALIAÇÃO CARDÍACA

☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filtar	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia
---	--

AÇÃO CLÍNICA

☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infeciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica
---	--

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros
--	--

GRAVIDADE COMPROVADA ☐ ILESO ☐ SEVERA ☒ PEQUENA ☐ MORTE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Leidiane Nobres
CRM-RR 1695

INCIDENTE

INCIDENTE

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontra no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trato
☐ Bombar no local:

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTEAN
☐ Bombeiros
☐ Outros:

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 23/10/96

Stephanie

RCP

☐ Iniciada as: 19:36
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:
☐ Término as:

DAD Comprovação de ato declaratório

DESTINO	☐ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☒ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros

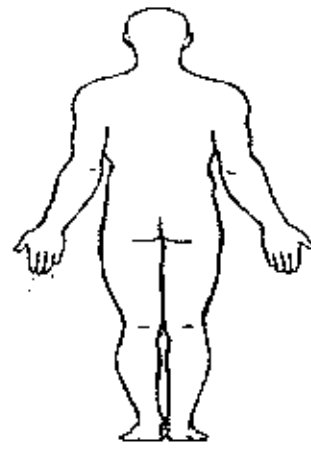
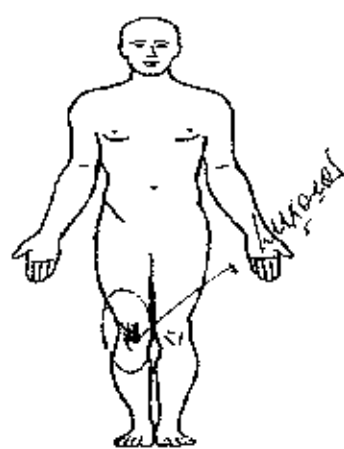
TERMO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

14.09.16 - Paciente Osmar, 08X0 M, LOTE, vítima de colisão carro/carro, ao chegar em casa o mesmo em seu trauma se joga do veículo, no lado do fio, apressadamente deixou de patela (P), foi realizado resumo clínico bilíngue, não foi possível efetuar SSV, pois o

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (movs / min)			
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 34	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 35	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1	
Resposta Verbal	Orientado	Beludia	5	Pressão Sanguínea (mmHg)	0	0	
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1	
Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	0	0	
	Localiza a dor	Retira a toalha	5		14 a 15	5	
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1	
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			

mesmo não permitiu, foi encaminhado p/ o trauma do HCSA conforme registros 192.

Obs: Cas com um membro luxado a c. 49 chorando, após SSV, não foi possível efetuar



21 10 16
 Stephanie
 12:36h

Téc. Umanizada
 Rom - 519-768

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ ☐ Com cartão ☐ Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO Laminas proc. M e 2 batidinhas
--	---

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11964790

A/C: ENDERSON DE SOUZA SANTOS

Sinistro: 3170282352 ASL-0189660/17
Vítima: ALESSANDRO BEZERRA SANTOS
Data Acidente: 14/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

