

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01958

CONTA: 00000054226-5

Nr. da Autenticação 2B1003F6289A05C7

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: 31/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01958

CONTA: 00000054226-5

Nr. da Autenticação 105487EC8BF9240A

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, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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

Documentação médica-hospitalar

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



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, 22 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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

Documentação médica-hospitalar

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



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, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 0000054226-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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, 03 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: **OSIVAN NASCIMENTO MORENO**

Nº Sinistro: **3190028100**
OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: **07/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

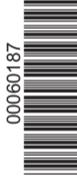
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190028100**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190028100

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 0000054226-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do shistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	879.250.013-72	Obivan Nicanor Moreno		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP 10445/2012				
Nome completo:			CPF:	879.250.013-72
Profissão:	Enderço:	Número:		Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	(35) 98851-3726
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: (058) (Informar o dígito se existir)	CONTA: (00)54226 (5) (Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider 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 discordar 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: <i>Passoal 08 Junho 2019</i>	TESTEMUNHAS
Name: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Investprev Seguradora S/A	
11 JAN 2019	
Assinatura _____	
CNPJ: 42.366.302/0001-28	
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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do shistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	879.250.013-72	Obivan Nicanor Moreno		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP 10445/2012				
Nome completo:	Obivan Nicanor Moreno		CPF:	879.250.013-72
Profissão:	Enderço:	Rua Jon Pioz Tonina Filho	Número:	35 73
Bairro:	Cidade:	Costelet	Estado:	CE
E-mail:			CEP:	62.850-000
			Tel.(DDD):	(35) 9 8851-3726

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUZO 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)

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

AGÊNCIA: **1058** CONTA: **0054226** 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider 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 discordar 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Passarel 08 Junho 2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Investprev Seguradora S/A

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

11 JAN 2019
 Assinatura
 CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCABEL



Impresso nº 20196693

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 439 - 20 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO	11 JAN 2019
Data / Hora da Comunicação: 03/01/2019 13:59:41	
Data / Hora da Ocorrência: 07/06/2018 18:30:00	
Endereço da Ocorrência: BR CE 040	CNPJ: 42.366.302/0001-28
Complemento:	
Bairro:	Município: CASCABEL/CE
Ponto de Referência: PROXIMO AO BRISA DO LADO	

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: OSIVAN NASCIMENTO MORENO	UF: CE
Nascimento: 21/10/1980	CPF: 879.250.013-72
RG: 331274698	Orgão Emissor: SSP
Filiação: FRANCISCA NASCIMENTO MORENO	
OSMUNDO INACIO MORENO	
Endereço: RUA JOR JOÃO LOPES FERREIRA FILHO, 3571	
Bairro: RIO NOVO	CEP: 62.850-000
Município: CASCABEL/CE	Telefone: (85) 98795-2012
País: BRASIL	

Histórico

Ciente dos crimes cometidos nos artigos 340 a 342 do código penal brasileiro, Narra o noticiante; Que no dia 07/06/2018 estava pilotando uma motocicleta modelo HONDA/ CG 150FAN, placa OSF2074/CE, registrada no nome de ELISVANDO DE PAIVA LIMA, na antiga CE040, próximo ao BRISA DO LADO, quando veio a colidir com um TRATOR, modelo pá mecânica, que vinha na sua frente; Que ao colidir veio ao solo, ocasionando lesões no corpo, fratura no colo do fêmur, e em outras regiões de seu corpo; Que foi socorrido pelo SAMU, e recebendo os primeiros socorros, sendo removido para o hospital local e em seguida para o IJF; QUE estão em anexo as cópias: CNH DO CONDUTOR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, GUIA HOSPITALAR, DECLARAÇÃO DO SAMU, CRLV DO VEICULO; Que compareceu nessa DP para registrar o fato; Que seu intuito é requerer o seguro DPVAT; E nada mais disse; QUE VALE RESSALTAR QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR OCASIÃO DESTE PROCEDIMENTO, SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE, E QUE A NÃO VERACIDADE DESTAS O SUJEITA ÀS PENAS DA LEI (artigos 340 e 342 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCABEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

VERA LUCIA OLIVEIRA DE CARVALHO - MAT.: 108703-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911

VISTO DO DELEGADO(A) :

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do shistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	879.250.013-72	Obivan Nicanor Moreno		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP 10445/2012				
Nome completo:				CPF:
Profissão:	Enderéco:			Número:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Complemento:
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: (058) (Informar o dígito se existir)	CONTA: (00541226) 5 (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider 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 discordar 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Investprev Seguradora S/A

Local e Data: <i>Passoal 08 Janeiro 2019</i>
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
11 JAN 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) 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 intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CERTIDÃO NARRATIVA

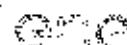
CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou atendimento pré-hospitalar do Sr. OSIVAN NASCIMENTO MORENO, portador da identidade n.º 3312746-98, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 879.250.013-72, no dia 07/06/2018, às 19h04, município de Cascavel-CE, na Rodovia CE 040, próximo a entrada do Brisa do Lago, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e trator, sendo removido para o Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças e em seguida para o IJF – Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 08 de novembro de 2018.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

0000207

VEZ DA FOLHA DE INSCRIÇÃO
Companhia Energética do Paraná
Av. Padre Valdivino, 750
CEP 80136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.042251/0001-70 | CGF 08.108.848-9



NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 6 - SÉRIE 8-4 TR 556370489

Rate 03 20020 12 045200 - 0 Data de Emissão 04/01/2019

Nome JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

End. Postal RU JOAO DAMASCENO FONTINELLE 03309
RIO NOVO - CASCABEL - 52850000

Medidor 2559217

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL NONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 420980842-34

CGF

Nome do Responsável

Mês de Referência	Data da Apuração	Próxima Leitura
Jan/2019	04/01/2019	06/02/2019

TAXA DE DISTRIBUIÇÃO DO FORNECIMENTO

Veja a legenda para mais detalhes.

Conjunto 30/2018 FEB 10.19

Mês DIC/18 R\$ 0,88 P

Série de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Aparação Individual
ISENTO			Mensal	Trim.
			11,19	22,21
DIC	3,30	6,72	13,45	1,88
FC	3,20			0,00
DMC			0,18	

ALÍQUOTAS RESERVADAS AO CONTROLE FISCAL

010,00% FEBR, 020,1400,3400,2000,7000

010,00% FEBR, 020,1400,3400,2

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECAWEB/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 falsa 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 reseguro.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Maurício Ferreira da Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.980.842-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Olivian Nascimento Moniz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 879.250-013-72, do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima Olivian Nascimento Moniz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 879.250-013-72, 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	R. João Francisco Fontenelle	Número	5309
Bairro	Rio Novo	Cidade	Coronel
Email		Telefone comercial(DDD)	CEP (85) 98851-3726

Coronel , 08 de Janeiro de 2019
Local e Data

José Maurício F. da Silva

Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elivandro de Paiva Lima,
RG nº 2003015093407 data de expedição 17/09/2003
Órgão SSP-CE portador do CPF nº 017.855.223-29 com
domicílio na cidade de Cascavel, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Travessa Teamo Darc, Jardim Primavera, nº 261,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víuma Elivandro Nascimento Melo - cujo o condutor era
(o mesmo) Elivandro Nascimento Melo.

Veículo: Moto
Modelo: Honda CG 150 FAN ES-I
Ano: 2013 / 2013
Placa: OSF 2074
Chassi: 9G2KC167002507609
Data do Acidente: 07/06/2018
Local e Data: 17/09/2018

Elivandro de Paiva Lima

Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) CNPJ: 42.366.302/0001-28





INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATESTADO MÉDICO

NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF DEVIDO FRATURA DE TERCO PROXIMAL DE FEMUR DIREITO FIXADO COM HASTE INTRAMEDULAR E ACETABULO DIREITO OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

PACIENTE, ATUALMENTE, EVOLUI COM MELHORA CLÍNICA, DOR RESIDUAL E DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE UMA MULETA CANADENSE.

AO SETOR DE PERÍCIAS.

CID: S72/S324

FORTALEZA, 05 DE OUTUBRO DE 2018

*Taino...
...
...
...
...
...
...*

Assinatura e carimbo do Médico



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE HOSPITALAR

Emitido em: 26/07/2018 17:49:41

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

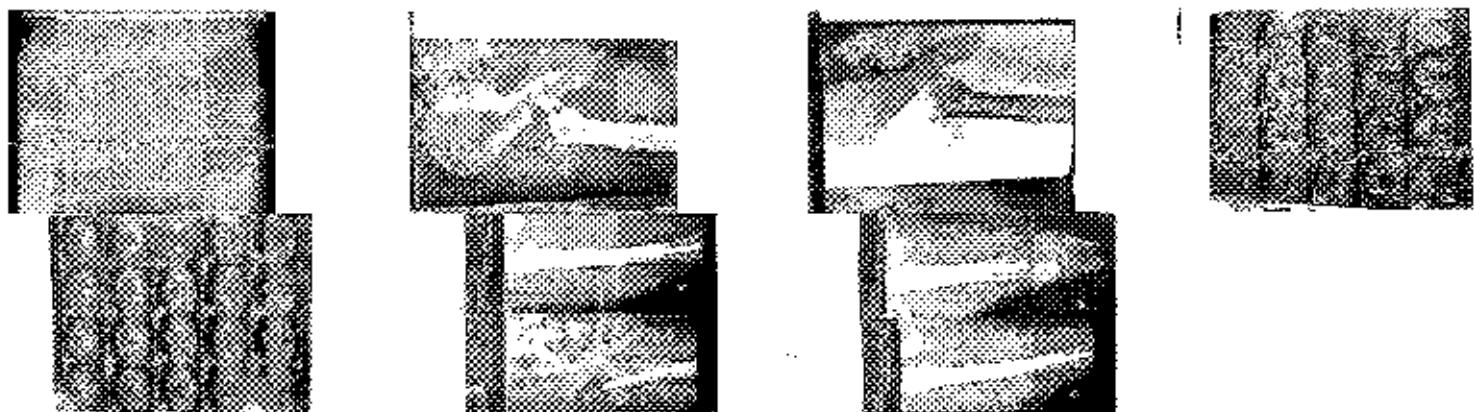
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 07/06/2018 21:31:52	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNPJ: 700507987340960	NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO			Registro: 5566188	
CPF: 87925001372	RG: 331274888	D. NASC:	21/10/1980	ESTADO CIVIL	SEXO: M RAÇAO/R: Parda
NOME DA MÃE: FRANCISCA DO NASCIMENTO MORENO		NOME DO PAI: OSMUNDO INACIO MORENO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: JORNALISTA JOAO LOPES FERREIRA FILHO	Nº: 3571	BAIRRO: ALTO LUMINOSO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 886165855	MUNICÍPIO: CASCAVEL	UF: CE	CEP: 62650000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: MARIA GRACILDA OLIVEIRA		PARENTESCO: ESPOSA	TELEFONE: 886165855		
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	OBRIGADO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus.					
QUEIXAS: POLITRAUMA HÁ HORAS. ECG16-TRAZIDO PELO SAMU					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:	26 07 18 10.888-1				
Conduta:	<i>[Handwritten signature]</i>				
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

[Imprimir](#)

Resumo de alta



NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
 LEITO:
 DATA DE INTERNACAO: 07/06/2018
 DATA DA ALTA: 10/07/2018
 BE/PRONT: 55467196
 CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
 IDADE: 37
 DIAGNOSTICOS: Fratura do colo do fêmur (OPERADA)
 CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: 25/06 DR ROBSON: OSTEOSINTSE FRATURA COLO FEMUR D COM HASTE INTRAMEDULARRN07/07 EM VISITA DISCUTIDO COM DR MARCOS GIPAO QUE ORIENTOU ALTA DA TO CDM RETORNO EM 15 DIAS PARA AMBULATÓRIO DO DR ROBSON
 STAFF QUE OPEROU NA EMERGÊNCIA:
 STAFF DO LEITO: 97
 RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEPENDIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residents	Material	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 25/06/2018 - Segunda-Feira									
39	10	1319	13:30	ROBSON ALVES			CAIXA DE DCS + PFN LONGOCX BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES FRAG + FIO DE CERCLAGEM + KIT BASICO: CX OSTEOFOTOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACONCX PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM	MESA RADIOTRANSPARENTE + INTENSIFICADOR DE IMAGENS BE:55467196	MARCADA

10/07/18
FRATURA DO COLO DO FÉMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)
 Marca por:
 HALIM MAGA
 em:
 21-06-2018
 9:07:00

retorno em 15 dias
 para ambulatório do Robson

Dr. Rodrigo Clávio Duarte
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 16633

Impresso



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação jurídico ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da Internação neste Hospital em seu Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

LEITO:

DATA DE INTERNACAO: 07/06/2018

DATA DA ALTA: 10/07/2018

SE/PRONT: 5566198

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 37

DIAGNOSTICOS: Fratura do colo do fêmur (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: 25/06 DR ROBSON: OSTEÓSINTSE FRATURA COLO FEMUR D COM HASTE INTRAMEDULAR 07/07 EM VISITA DISCUSSÃO COM DR MARCOS GIRÃO QUE ORIENTOU ALTA DA TU COM RETORNO EM 15 DIAS PARA AMBULATÓRIO DO DR ROBSON

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGÊNCIA:

STAFF DO LEITO: 97

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Ass: _____ Retornar dia: / / Hora: _____ para Dr. _____

Data: 10/07/18

Dispensa de trabalho por: 90 dias

中国古典文学名著全集·古典文学卷

Investprev Seguradora S/A

22 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

第11章

Dados da reclamação

Protocolo: 2366813/2019

 Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT S.A.

 Via: Internet
 Data: 29/03/2019

Dados do reclamante

 Segurado: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
 CPF/CNPJ: 879.250.013-72
 UF: CEARÁ

Dados de contato

E-mail: karine_carvalhofranca@hotmail.com

Telefone: (85) 98851-3726

Celular:

Endereço: RUA JOR JOAO LOPES FERREIRA FILHO, 3571

Bairro: RIO NOVO

CEP: 62.840-000

Cidade: BEBERIBE

Dados da denúncia

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição dos fatos: SR ANALISTA, FUI INDENIZADO NO VALOR DE R\$ 1.687,50, DE FORMA DIRETA E SEM A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA, VALOR MUITO INFERIOR AO MEUS DANOS PESSOAL, DE ACORDO COM A TABELA DA LEI 6194 ALTERADA PELAS LEIS 11482 E 11945. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITO A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA MEDICA PARA A AFERIAÇÃO DA EXTENSÃO DO MEU DANO PESSOAL COBERTO PELA LEI 6194 ALTERADA PELA LEI 11482 E 11945

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos
Atendente
Data

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

29/03/2019 12:42:22

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
 Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OSIVAN NASCIMENTO MORENO
5566198 DOB: 21-Oct-1980

Age: 38 Y M

UF
TR FRED Series #:

D

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OSIVAN NASCIMENTO MORENO
5566198 DOB: 21-Oct-1980

Age:037Y M

JF
TR FRED Series #:

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

D

TR FRED

Investprev Seguradora S/A
29 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

WAN NASCIMENTO MORENO
6198 DOB: 21-Oct-1980

Age:037Y M

Dados da reclamação

Protocolo: 2366813/2019

 Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT S.A.

 Via: Internet
 Data: 29/03/2019

Dados do reclamante

 Segurado: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
 CPF/CNPJ: 879.250.013-72
 UF: CEARÁ

Dados de contato

E-mail: karine_carvalhofranca@hotmail.com

Telefone: (85) 98851-3726

Celular:

Endereço: RUA JOR JOAO LOPES FERREIRA FILHO, 3571

Bairro: RIO NOVO

CEP: 62.840-000

Cidade: BEBERIBE

Dados da denúncia

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição dos fatos: SR ANALISTA, FUI INDENIZADO NO VALOR DE R\$ 1.687,50, DE FORMA DIRETA E SEM A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA, VALOR MUITO INFERIOR AO MEUS DANOS PESSOAL, DE ACORDO COM A TABELA DA LEI 6194 ALTERADA PELAS LEIS 11482 E 11945. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITO A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA MEDICA PARA A AFERIAÇÃO DA EXTENSÃO DO MEU DANO PESSOAL COBERTO PELA LEI 6194 ALTERADA PELA LEI 11482 E 11945

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos
Atendente
Data

E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

29/03/2019 12:42:22

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
 Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OSIVAN NASCIMENTO MORENO
5566198 DOB: 21-Oct-1980

Age: 38 Y M

UF
TR FRED Series #:

D

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OSIVAN NASCIMENTO MORENO
5566198 DOB: 21-Oct-1980

Age:037Y M

JF
TR FRED Series #:

Investprev Seguradora S/A

29 MAR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

D

TR FRED

Investprev Seguradora S/A
29 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

WAN NASCIMENTO MORENO
6198 DOB: 21-Oct-1980

Age:037Y M

Dados da Reclamação

Protocolo:
2372356/2019

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.

Data:
24/05/2019 10:02:14

Dados do reclamante

Beneficiário:
OSIVAN NASCIMENTO MORENO

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
879.250.013-72

Formas de contato

E-mail:
karine_carvalhofranca@hotmail.com

Investprev Seguradora S/A

Telefone:
(85) 98851-3726

Celular:
(85) 98851-3726

27 MAI 2019

Endereço:
AV JOÃO PESSOA 7164 APTO 201

Bairro:
PARANGABA

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CEP:
60.721-340

Cidade:
FOTALEZA

Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

SR ANALISTA,A SEGURADORA LÍDER ME INDENIZOU EM \$1.687,50 DE FORMA DIRETA E SEM PERICIA,O QUE ME PREJUDICOU MUITO ,POIS FUI MAL AVALIADO.DIANTE DO EXPOSTO,SOLICITO DE FORMA EMERGENCIAL , A DEVIDA MARCAÇÃO DE PERICIA. PARA A CORRETA AFERIÇÃO DA EXTENSÃO DO MEU DANO PESSOAL COBERTO NA LEI 6194 ALTERADA PELA LEI 11482 E 11945. FOI GRAVE O MEU ACIDENTE E AINDA HOJE SOFRÔ AS SEQUELAS.A FRATURA FOI DE TERÇO PROXIMAL DE FÉMUR DIREITO FIXADO COM HASTE INTRAMEDULAR E DO ACETÁBULO DIREITO.

O SAC da empresa foi acionado?

Não

Documentos

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3190/028100

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação. Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.		24/05/2019 10:02:14

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

KODAK SAFETY FILM
Kodak SAFETY FILM

AUGUST 19





IN ADDITION

ONE TIE AND ONE ZIPPER
CLOTHING OR ACCESSORY PURCHASE

TM1960 Series 6

QSI-AI MAGNETIC MEMORY
5500198 DEP 22-01-1960

OSIVAN NASCIMENTO MORENO
5566198 DOB: 21-Oct-1980

Age: 037Y M

DE FED Series 8





ESTADO DE SÃO PAULO

ESTADO DE SÃO PAULO

ESTADO DE SÃO PAULO

ESTADO DE SÃO PAULO

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

OSVALDO NAGLIMENTO MIRANTE

Nº de Identificação: 879250013-72 Data de emissão: 21/10/2018



Este documento é emitido pela Secretaria de Estado da Fazenda do Estado de São Paulo, que é o órgão responsável pelo Cadastro de Pessoas Físicas - CPF.

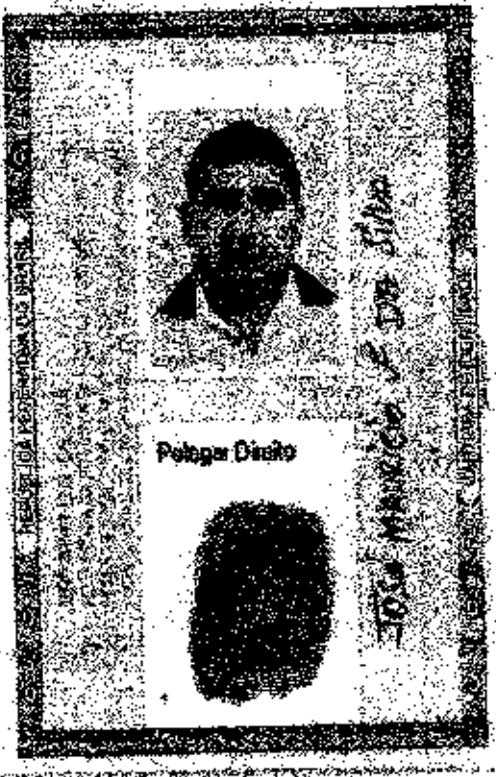
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

Emissão em: 05/01/2019

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

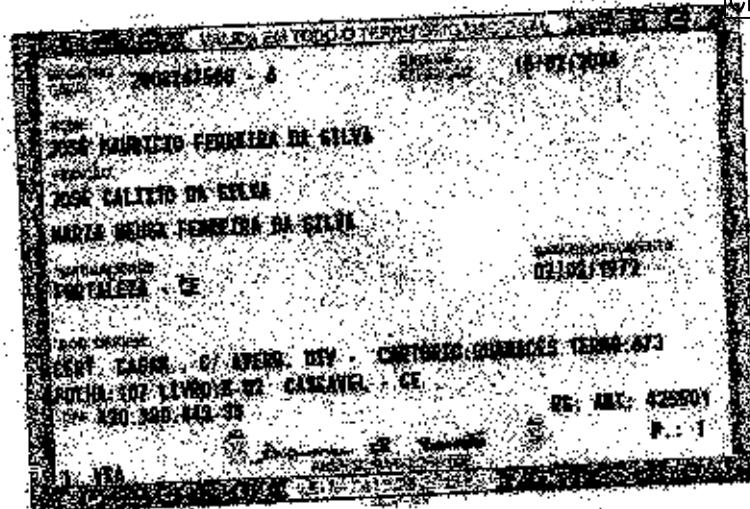
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



DEPARTAMENTO DE VENDAS
GARANTIA

CONCE

24 AGO 2018

OL. FORMIGA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028100 **Cidade:** Cascavel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO,
FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR COM HASTE INTRAMEDULAR,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. CLAUDIO EUFRASIO, CRM 4078, EM 21/01/2019.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Dados da reclamação

Protocolo: 2330831/2019
 Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT S.A.

Via: Internet
 Data: 04/02/2019

Dados do reclamante

Segurado: OSIVAN NASCIMENTO MORENO
 CPF/CNPJ: 879.250.013-72
 UF: CEARÁ

Dados de contato

E-mail: karine_carvalhofranca@hotmail.com
 Telefone: (85) 98851-3726
 Endereço: RUA JOR JOAO LOPES FERREIRA FILHO
 CEP: 62.850-000 Celular:
 Bairro: 3571
 Cidade: CASCABEL

Dados da denúncia

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores
 Descrição dos fatos: SR ANALISTA, MEU PROCESSO INDENIZOU NO VALOR DE R\$ 1687,50 DE FORMA DIRETA,
 SEM PERICIA E COM ISSO FUI IMENSAMENTE PREJUDICADO POR CONTA DA MÁ
 AVALIAÇÃO DOCUMENTAL. SOLICITO EM CARATER DE URGENCIA PERICIA MEDICA PARA
 AFERIÇÃO DE MEU DANO PESSOAL COBERTO PELA LEI 6194 ALTERADA PELA 11482 E
 11945.

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos

Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br	04/02/2019 12:41:07

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, queremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
 Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

Investprev Seguradora S/A
 11 FEV 2019
 CNPJ: 42.366.302/0001-28

E-mail enviado para karine_carvalhofranca@hotmail.com

04/02/2019 12:41:07

Texto:

Prezado(a) senhor(a),

Comunicamos que sua reclamação foi transmitida, nesta data, à ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso V.Sa. não seja atendido, satisfatoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento desta comunicação, poderá ser formalizada DENÚNCIA junto à Susep, pessoalmente ou por carta, em um dos endereços indicados abaixo, munido de cópia dos documentos que podem ser consultados no link abaixo, visando à abertura de processo administrativo, para apuração de irregularidades.

<http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo>

Esclarecemos, por oportuno, que, no âmbito de competência desta Autarquia, poderão ser aplicadas sanções administrativas, caso fiquem comprovadas irregularidades.

Assim, para fins de recebimento de valores que V.Sa. considere devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prespcionais previstos no Código Civil Brasileiro.

Endereços da SUSEP:

Rio de Janeiro – Sede
Av. Presidente Vargas, 730 – Centro
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20071-900

São Paulo
Rua Formosa, 367 - 26º andar - Edifício CBI
São Paulo – SP – CEP: 01049-000

Distrito Federal
Setor Bancário Sul, Quadra 1 – BL.K – 13º andar – Ed. Seguradora
Brasília – DF – CEP: 70093-900

Rio Grande do Sul
Rua Coronel Genuíno, 421 - 11º andar
Centro Histórico - Porto Alegre - RS - CEP 90010-350

AO ENTRAR EM CONTATO COM A SUSEP INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Investprev Seguradora S/A

11 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

A reclamação será transmitida à Ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso não haja atendimento satisfatório no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de encaminhamento da reclamação, o reclamante poderá requerer a abertura de processo administrativo, pessoalmente ou por carta, munido de cópia dos documentos comprobatórios relacionados ao teor da reclamação.

Esclarecemos que, no âmbito de competência da SUSEP, poderão ser aplicadas sanções administrativas caso fiquem comprovadas irregularidades.

Assim, para fins de recebimento de valores considerados devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prespcionais previstos no Código Civil Brasileiro

SUSEP, em 04/02/2019

Reclamante / Representante: _____

Atendente: _____

Matrícula Siape:

Investprev Seguradora S/A

11 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028100 **Cidade:** Cascavel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO,
FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR COM HASTE INTRAMEDULAR,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARS, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: <u>OSVALDO ALVIM MACHADO</u>		Nacionalidade: <u>BRAZILIANO</u>
Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>PINTOR</u>	Carteira de Identidade: <u>3312746-98</u>
CPF nº: <u>874250013-72</u>	Résidência: <u>TERRA DE AREIA - RUA LOBO FERREIRA FABRICIO 5581</u>	
Bairro: <u>PITO LUMINOSO</u>	Cidade: <u>CASCADAS</u>	Estado: <u>CE</u>
		CEP: <u>62.850.100</u>

OUTORGADO:

Nome: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: DIVORCIADO	Profissão: AUTONOMO	Carteira de Identidade: 2008747508-6	
CPF nº: 420.980.842-34	Residência: RUA:JOÃO DAMASCENO FONTINELLE,3309		
Bairro: RIO NOVO	Cidade: CASCAVEL	Estado: CEARA	CEP: 62850-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à Seguradora Líder ou qualquer Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Wesley Henrique Mazzoni, ocorrido em 07/06/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os formulários e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Cobavel , Le 03 de janeiro de 2018.

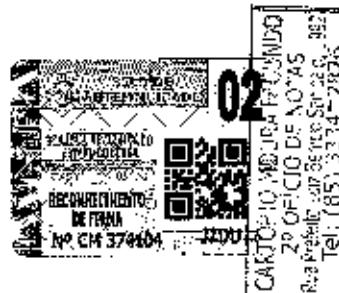
OUTORGANTE

CONFERIR FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA

Investprev Seguradora S/A

11 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012487/19

Vítima: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

CPF: 879.250.013-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2018

Titular do CPF: OSIVAN NASCIMENTO MORENO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA : 420.980.842-34

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

OSIVAN NASCIMENTO MORENO : 879.250.013-72

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: 11/01/2019
Nome: JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA
CPF: 420.980.842-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

JOSE MAURICIO FERREIRA DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva