

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Nº Sinistro: 3180555844

Vítima: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180555844**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.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

Carta nº 13639820



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180555844

Vítima: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDIVAM DE ASSIS

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

Autorização de pagamento

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

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13639840



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180555844

Vítima: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE EDIVAM DE ASSIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 083.712.757-22 Nome completo da vítima: JOSE EDIVAN DE ASSIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE EDIVAN DE ASSIS CPF: 083.712.757-22
Profissão: AGRICULTOR Endereço: VILA SAS DOMINGOS Número: 896 Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: SAO DOMINGOS DO CANI Estado: PB CEP: 58485-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (35) 38143-8421

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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: CONTA:
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Assinatura digital da vítima/beneficiário ou representante: _____
Local e Data: CAMPINA GRANDE, 21/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE EDIVAN DE ASSIS
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

PROTOCOLO

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: 083.712.757-22 Nome completo da vítima: JOSE EDIVAN DE ASSIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE EDIVAN DE ASSIS CPF: 083.712.757-22
Profissão: AGREUTOR Endereço: VILA SAS DOMINGOS Número: 896 Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: SÃO DOMINGOS DO ANIL Estado: PB CEP: 58485-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (33)38143-8421

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

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

AGÊNCIA: 1034 CONTA: 11.634
(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 breve 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 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.

Local e Data: CAMPINA GRANDE, 21/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE EDIVAN DE ASSIS
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: _____

25 NOV. 2018

Assinatura
PROTÓCOLO
1034
11.634
3

(*) 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.

**ESTADO DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – MONTEIRO

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SUMÉ

Rua Ver. Elias Duarte, nº 380, Centro, Sumé PB. CEP 58.540-000.

Telefax (83) 3353-2308.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0531/2018

| | |
|---|---------------------------------------|
| — Tipos de B.O.: 1. Notícia-crime/queixa 2. Reserva de direitos | Número do tipo de B.O. 1 |
|---|---------------------------------------|

TERÇA-FEIRA, 30º DIA DO MÊS OUTUBRO DO ANO 2018, às 09h06,
nesta cidade de Sumé-PB, nesta Delegacia da Polícia Civil,
sob a responsabilidade do Bel. Luiz Xavier de Souza Junior,
AO escrivão ad hoc **Emerson Maurício Chaves**, ao final assinado...

COMPARECEU o(a) NOTICIANTE...

Nome: **JOSÉ EDIVAN DE ASSIS**, conhecido(a) como "**MÔ**";
Documento: **RG Nº 2182964 SSP PB**;
Brasileiro(a), natural de **Cabaceiras-PB**, com **42** anos de idade, nascido(a) aos 15/02/1976;
Filho(a) de Maria José de Assis e de pai ignorado;
Cútiis parda, profissão negociante, Escolaridade alfabetizado, Religião Católica, Convivente; Outras observações: Fone 83 98841-2077
Endereço: Rua José Genuíno das Neves s/n, Pátio, São Domingos do Cariri/PB.

E NOTICIOU QUE...

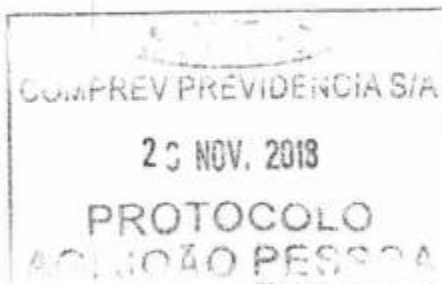
No último dia 10/09/2018, por volta das 10:30hs da manhã, retornava da feira de Sumé/PB para sua cidade São Domingos do Cariri/PB, pela PB 214, sentido Congo/PB, quando o motorista do veículo onde estava perdeu o controle do mesmo e capotou; Que, o acidente resultou em várias pessoas feridas entre as quais o declarante e também uma pessoa morta; Que, o declarante teve sérios ferimentos na face, com afundamento de partes do rosto; Que, o veículo onde estava e o qual provocou o acidente foi o MERCEDES BENZ/709, CAR/CAMINHÃO/C ABERTA/CARGA, ANO 1994, COR VERMELHA, PLACA JLB-3568-PE, ALUGUEL, CHASSI Nº 9BM688102RB026406, REGULARMENTE LICENCIADO EM NOME DE JOSÉ FRANCISCO DA SILVA FILHO; Que, hora registra esse boletim de ocorrência para conhecimento da autoridade policial e para efeito de seguro. **E NADA MAIS DISSE.**

O conteúdo narrado neste documento é de inteira responsabilidade do noticiante, o qual está ciente de que se submete aos preceitos do Código Penal Brasileiro.

Este NÃO É documento de identificação e tem validade sugerida de no máximo 30 dias para obtenção de nova via de documentos. Antes de assinar, leia com atenção e peça as devidas correções; Não serão permitidas alterações neste documento depois de emitido.

• José Edivan de Assis
Notificante

Escritório do ato



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: 083.712.757-22 Nome completo da vítima: JOSE EDIVAN DE ASSIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE EDIVAN DE ASSIS CPF: 083.712.757-22
Profissão: AGRICULTOR Endereço: VILA SAS DOMINGOS Número: 896 Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: SAO DOMINGOS DO CANI Estado: PB CEP: 58485-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (35) 38143-8421

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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: CONTA:
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Assinatura digital da vítima/beneficiário ou representante: _____
Local e Data: CAMPINA GRANDE, 21/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE EDIVAN DE ASSIS
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

PROTOCOLO
20.0040 PESSOA

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.



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA
CÓDIGO DO CNES: 2336812
CNPI: 08.778.268/0015-60
BAIRRO: CENTRO
UF: PB

UF: PB
ENDEREÇO: RUA EPAMINONDAS DE AZEVEDO - S/N
ESTADO: PARAIBA
MUNICÍPIO: MONTEIRO

USO DO RACIONAMENTO DE MATERIAIS

| | | |
|------------|--------------------------|----------|
| NOME: | Prof. Clayton de Azevedo | PACIENTE |
| PROFISSÃO: | Agricultor | |
| SEXO: | Masculino | |
| DOCUMENTO: | 24125 | |
| MATRÍCULA: | 209.624-8 | |

ENDEREÇO: São José Domingos
MUNICÍPIO: São Domingos ESTADO: Pernambuco UF: PE
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 252394 CNS: 209125854640001
DATA DO NASCIMENTO: 15/02/76 DATA DO ATENDIMENTO: 10/09/18

| RAÇA / COR | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA | <input type="checkbox"/> 2 - PRETA |
| <input type="checkbox"/> 4 - AMARELA | <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA |
| | <input type="checkbox"/> 3 - PARDAS |
| | <input type="checkbox"/> 99 - SEM INFORMAÇÃO |

ANÁLISE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de acidente de carro, com traumatismo crânio e de face. com ferimento contuso em couro cabeludo, nariz frontal e região nasal.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Rx face
Rx cranio
Rx gunho Diapeto.

RESULTADOS:

PA: 110 x 80 mm Hg SPO₂ = 95% =

PA = 010 x 70 mm Hg SPO₂ = 95.45%.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. S.B. k-1000 m EV. ~~EV~~
2. Dipirima - dg + AD EV (Feito) OK
3. Nausea driven ~~EV~~ + AD EV (Feito) OK
4. Transal 1600 m ~~EV~~ + AD EV (Feito) OK

CARÁTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO.
02 - URGÊNCIA.
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA.
04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO.
05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO.
06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.

PROCEDURE 570 - Ductwork

| | |
|--|--------------------|
| t'la til - lamp + A.D EV / Fertv) OK | OK |
| Dec adora - lamp + A.D EV. | B.20 |
| Ceja Lotina - lamp + A.D EV | A.55.75 |
| e com tr. M. B. G. M. 8 | EV 6/6 horas |
| TCE L F V E | CID-10 |
| | 2480 |
| | 08/50 |

| ENCAMINHAMENTO | |
|----------------|------------------|
| 1 | 1 OBSERVAÇÃO |
| 1 | 1 RESIDÊNCIA |
| 1 | 1 INTERNAÇÃO |
| 1 | 1 OUTRO HOSPITAL |
| 1 | 1 ÓBITO |
| 1 | 1 OUTROS |

SERVICIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMIENTO

Notificado
Vigilância em Saúde

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo

DR. ROBERTO LUIZ DE CARVALHO
CRM 663 - CPF 019.127.474-10

| | |
|--|-----------------------|
| CLASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL | OU POLÍGrafo DIRETIVO |
|--|-----------------------|

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

1862346427

VALDETE MARIA SANTOS

VIA SAO DOMINGOS, 895 - CENTRO

SAO DOMINGOS DO CARIRI / PB CEP 58485000 (AG 1035AO DOMINGOS DO CARIRI / PB CEP 58485000) (AG 1035)

Emissão: 09/10/2018 Referência: Out / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICA

Retorno: 4-280-810-1130

NP medidor: 0000084371

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

CNPJ: 29.035.152/0001-40

Inscrição Estadual: 00000803793

Nota Fiscal / Contrato de Energia Elétrica nº 00000803793

Cód. para Dib. Automática: 00000803793

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conto Referência a

Apresentação

Data prevista de

CPF: 44017411

Out / 2018

09/10/2018

08/11/2018

043.068.624-29

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora)

5/3803793

Tabela de Tarifas

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002

| Atividade | Atividade | Consumível | Consumo | Valor |
|------------------------|-------------------------------|------------|--------------|-----------------------------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | |
| 10/09/18 | 17242 | 09/10/18 | 17311 | |
| Consumos | | | | |
| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa (R\$) | Valor Base Calc. Alq. (R\$) |
| 0801 | Consumo até 30kWh-BR | 30,000 | 0,270440 | 8,11 |
| 0801 | Consumo - 31 a 100kWh-BR | 39,000 | 0,483630 | 18,08 |
| 0801 | Adic. B Vermelha | 2,35 | 2,35 | 2,35 |
| 0810 | Subsídio | 31,88 | 31,88 | 25 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | |
| 0807 | CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA | 9,43 | 0,00 | 0 |
| 0804 | JUROS DE MORA 09/2018 | 0,14 | 0,00 | 0 |
| 0805 | MULTA 09/2018 | 0,81 | 0,00 | 0 |
| 0805 | ATUALIZAÇÃO MONETARIA 09/2018 | 0,21 | 0,00 | 0 |
| 0805 | Devolução Subsídio | -22,57 | 0,00 | 0 |

CCI: Códigos de Classificação do Item TOTAL: 48,04 80,77 15,05 60,77 0,40 1,86

Atividade atual (R\$) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

R\$ 48,04 17/10/2018 R\$ 48,04

58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00

RESERVADO AO FISCO

0f30.231b.d8bf.1424.9529.a21e.d66f.4bd6

Indicadores de Qualidade

Composição do Consumo

| Índice de ANEEL | Aprimor | Limite de Referência (M) |
|-----------------|---------|--------------------------|
| DIC MENSAL | 6,03 | 0,00 |
| DIC TRIMESTRAL | 12,06 | |
| DIC ANUAL | 24,12 | |
| FIC MENSAL | 3,42 | |
| FIC TRIMESTRAL | 6,85 | |
| FIC ANUAL | 13,70 | |
| DMC | 3,54 | |
| DMC | 12,72 | |

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|--------------------------------|-------------|--------|
| Serviço de Dist. da Energia PB | 6,84 | 13,82 |
| Compra de Energia | 11,10 | 23,11 |
| Serviço de Transmissão | 1,03 | 2,11 |
| Encargos Setoriais | 1,67 | 3,47 |
| Impostos Diretos e Encargos | 27,10 | 56,39 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 48,04 | 100,00 |

ATENÇÃO

Fatura sem atraso

- Fatura foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$22,57

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 NOV. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

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: 083.712.757-22 Nome completo da vítima: JOSE EDIVAN DE ASSIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE EDIVAN DE ASSIS CPF: 083.712.757-22
Profissão: AGRICULTOR Endereço: VILA SAS DOMINGOS Número: 896 Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: SAO DOMINGOS DO CANI Estado: PB CEP: 58485-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (35) 38143-8421

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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: CONTA:
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Assinatura digital da vítima/beneficiário ou representante: _____
Local e Data: CAMPINA GRANDE, 21/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE EDIVAN DE ASSIS
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

PROTOCOLO
20.0040 PESSOA

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.



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL

José Augusto Leal

| RAÇA / COR | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA | <input type="checkbox"/> 2 - PRETA |
| <input type="checkbox"/> 4 - AMARELA | <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA |
| | <input type="checkbox"/> 3 - PARDÁ |
| | <input type="checkbox"/> 99 - SEM INFORMAÇÃO |

Paciente vítima de acidente de carro, com traumatismo crânio e de face. com ferimento contuso em couro cabeludo, lesão frontal e região nasal.

Rx face
Rx cranio
Rx guinho Diapeto

RESULTADOS:

PA: 110 x 80 mm HA g SPO₂ = 95% =

PA: 80 x 70 mm HA g SPO₂ = 95% =

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. S.R. R-1000 incl EV.
2. Dipirona - 2g + AD EV (Feito).
3. Nausea dren - 1 amp + AD EV.
4. Transal 160mg - no 2º soco (Feito).

~~CARÁTER DO ATENDIMENTO~~

Ata de 07.10.

01 - ELETIVO.
02 - URGÊNCIA.
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
04 - ACIDENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO.
05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENFECENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.

PROCEDIMENTO - Descrição

| | | |
|------------------------|---------------|-------|
| ti-la-tel - ramp + AD | EV (Feito) OK | 20.30 |
| deca-dora - ramp + AD | EV | 13.20 |
| ceja-lotua - ramp + AD | EV | 14.50 |
| e conta - BUELOS 1q | EV 6/6 horas | 21.00 |
| TC E L E V E | CID-10 | 03.30 |

| MEDICAÇÃO: | | ENCAMINHAMENTO | | | |
|-------------------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PRESCRITA | <input type="checkbox"/> | OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> | RESIDÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> | APLICADA | <input type="checkbox"/> | INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> | OUTRO HOSPITAL |
| | | <input type="checkbox"/> | ÓBITO | <input type="checkbox"/> | OUTROS |

SERVICIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMIENTO

Notificado à Vigilância em Saúde

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo

DR. ROBERTO LUIZ DE CARVALHO
CRM 663 - CPF 019.127.474-10

| | |
|--|--------------------|
| ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL | OU POLÍGAR DIREITO |
|--|--------------------|

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

1862346427

DMF

Samte vitura de oidente

(capotolento), opuntia do pimento
extens eia uriz + pectura uol.

Adigiture peximento.
O pedres future om.
O M' mup uop. L.

PROT. 20 NOV. 2003
AG. JR. 12500

Josue R. Cavalcante Jr.
Cirurgião de Maxilo Facial
040-3464

07:10

11/09/18

Samte mavoricad por Dr. Joseci
os 07:23 da uolter, avu e mesmo ova
por penderup, se uidade do afair
autere pexita facer completatons
como TC, e naio X paron o pante se
par que nos iup qzer, qer ostera
de aeta qe e iup reteror co se em
mici pio de oiguer. Anien temtem o
dexo foi aporadado por seu compentente.

Recepção de Voto
Enfermeiro
DEUS E FELI

x cloddo uora Sato.

José Augusto Leal
Cade de Sanatencid/ Ambulatio
Matricula: 308-621-8



FOLHA DE SINAIS VITAIS (HOSPITAL)

COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 NOV. 2018
PROTOCOLO
CÓDIGO PESSOA

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura: *Jose Edivan de Assis*

JOSE EDIVAN DE ASSIS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 07/06/97

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSE EDIVAN DE ASSIS

Nº de Inscrição: 083712757-22

Data de Nascimento: 15/02/76

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2.182.964 -2 VÍDEO 20/03/2012

NOME: JOSÉ EDIVAN DE ASSIS

FILIAÇÃO: MARIA JOSÉ DE ASSIS

NATURALIDADE: CABACÉIAS-PB

DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1976

DOC ORIGEM: NASC. N. 122 FLS. 182 LIV. A-01

CARTÓRIO: SÃO DOMINGOS-PB

CPF: 083.712.757-22

ASSINATURA: *Jose Edivan de Assis*

ASSINADO EM: 07/06/97

LEI Nº 7.661 DE 1990

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nome: *Jose Edivan de Assis*

Foto: 

Polígamo Direito: 

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

NOME: JOSÉ EDIVAM DE ASSIS

Nacionalidade: brasileira Est. Solteiro

Profissão: Agricultor

Identidade: 2.182.964. 2ª via, SSDS – PB e CPF: 083.712.757-22

Endereço: Sítio São Domingos, São Domingos do Cariri – PB, CEP 58 485 000



PROCURADOR:

NOME: José Erivan Fernandes Medeiros

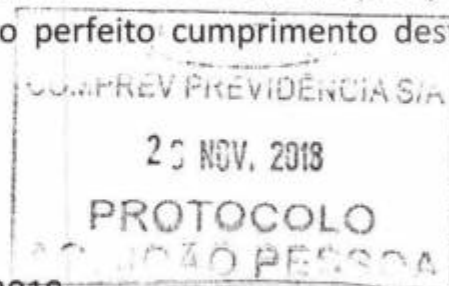
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Divorciado

Profissão: Corretor

Identidade: 1381455 SSP – RN e CPF: 026 864 664 30

Endereço: Rua Henrique Dias, 370, Conceição, Campina Grande – PB, CEP 58 401 236

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante qualquer seguradora pertencente ao Consócio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora LIDER (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo, para tanto, requerer o que for necessário, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar em fim, todos os atos de direito permitido para o perfeito cumprimento deste mandato da beneficiária.



Campina Grande 31 de outubro de 2018

José Edivam de Assis

JOSÉ EDIVAM DE ASSIS

Beneficiário



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427275/18

Número do Sinistro: 3180555844

Vítima: JOSE EDIVAM DE ASSIS

CPF: 083.712.757-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDIVAM DE ASSIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE EDIVAM DE ASSIS : 083.712.757-22

Autorização de pagamento

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: 10/12/2018
Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS
CPF: 026.864.664-30

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427275/18

Vítima: JOSE EDIVAM DE ASSIS

CPF: 083.712.757-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDIVAM DE ASSIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS : 026.864.664-30

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

JOSE EDIVAM DE ASSIS : 083.712.757-22

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: 26/11/2018
Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS
CPF: 026.864.664-30

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA