
Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190282460

Vítima: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PREEXISTÊNCIA DE SINISTRO JUDICIAL

Senhor(a), ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Após análise da documentação apresentada, verificamos a existência da ação judicial nº 08007866020198150031 (TJ/PB), proposta pelo(a) Sr(a). ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA, em andamento e ainda sem julgamento, referente ao mesmo pedido do Seguro DPVAT feito na via administrativa.

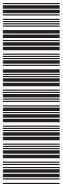
Desta forma, o pedido apresentado na via administrativa foi cancelado.

Informamos que a reabertura do seu pedido na via administrativa somente poderá ser realizada mediante a comprovação do encerramento definitivo da ação judicial sem julgamento do mérito.

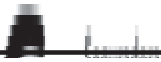
Atenciosamente.

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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190282460

Vítima: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

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.

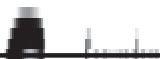
Atenciosamente,

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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190282460
Vítima: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 03/01/2019
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

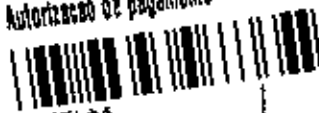
Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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





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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF do Vítima

064.144.954-25

Nome completo da vítima

Antonio do Nascimento de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Antonio do Nascimento de Oliveira</u>		CPF titular da conta <u>064.144.954-25</u>	Profissão -
Endereço <u>Sítio Caiama dos Crúculos</u>		Número <u>31m</u>	Complemento -
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Itaguaçu Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.388-000</u>
E-mail -		Telefone (DDD) -	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO EM INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (201) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº <u>1100</u>	CV <u>0</u>	CONTA Nº <u>3781</u>	CV <u>0</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

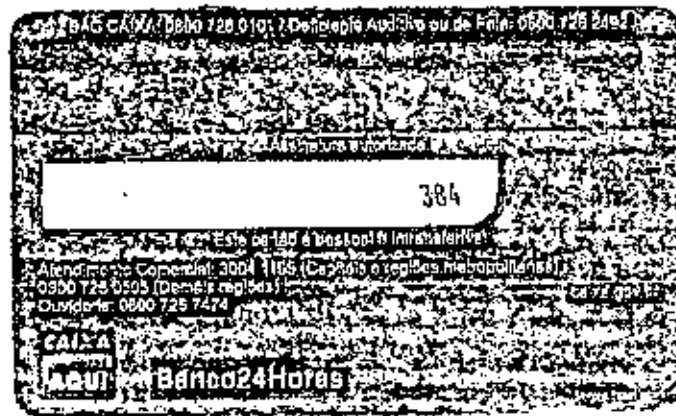
BANCO Nome <u>CAIXA</u>	IBR <u>104</u>
AGÊNCIA Nº <u>1100</u>	CV <u>0</u>
(Informar dígito se existir)	
CONTA Nº <u>3781</u>	CV <u>0</u>
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itaguaçu Grande - PB 19 de março de 2018
Local e Data

Antonio do Nascimento de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019

Ocorrência nº. 175/2019

Aos DEZOITO dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, ai, por volta 11h:33min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA, conhecido(a) por _____, Identidade nº 3204872-SSS/PB, CPF nº 064.144.954-25, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Severino Simão De Oliveira E De Maria Do Nascimento De Oliveira, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 11/06/1986 (32 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Caiana Dos Crioulos, Zona Rural, tendo como ponto de referência: _____, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83)99146-2486.

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

1) **Natureza do fato:** COMUNICAÇÃO DE FATO;

2) **Data do fato:** 03/01/2019;

3) **Horário do fato:** 10h:40min;

4) **Local do fato:** Via rural no sítio Caiana dos Crioulos, zona rural de Alagoa Grande/PB.

5) **Dados do veículo:**

HONDA NXR 150 BROS ES, DE PLACA : NPU9405/PB, CHASSI:9C2KD04209R014432, DE COR VERMELHA, ANO/MODELO 2009, REGISTRADA EM NOME DO NOTICIANTE.

6) **Breve resumo do fato:**

Que o NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado estava travegando em sua motocicleta HONDA BROS, pela via rural que liga o centro deste municipio ao sítio Caiana dos Crioulos, momento em que ia passando próximo a igreja católica, passou com a motocicleta por cima de uma pedra solta na pista e perdeu o controle vindo a cair ao solo; Que com a queda o NOTICIANTE fraturou o seu tornozelo esquerdo e foi socorrido por uma unidade do SAMU para o hospital municipal de Alagoa Grande, onde o mesmo foi atendido e após exames que constatou a fratura foi encaminhado para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES em Campina Grande; Que segundo o NOTICIANTE, ao chegar no Hospital de trauma foi atendido e após exames de raio x, teve seu tornozelo engessado e em seguida foi liberado para retornar para sua residência.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

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

Antonio D. N. Oliveira
ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.464-3

CÓPIA

RECEBIDO

11 ABR 2019

Seguradora Lider DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Antonio do Nascimento de OliveiraRG nº 3204872, data de expedição 15/03/04, Órgão SSP - PB,CPF nº 064.134.954-25, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	Sítio Caiana dos Ciculos
Número	n/m
Apto / Complemento	-
Bairro	Zona Rural
Cidade	Alagoa Grande
Estado	PB
CEP	58.388-000
Telefone de Contato	-
E-mail	-

Por ser verdade, firmo esta.

Local e Data: Alagoa Grande - PB, 19 de março de 2019Assinatura do Declarante: Antonio N. Oliveira

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que

Antônio do Nascimento
da Silva

foi atendido (às) hoje, às

horas, necessitando de

10 (dez)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

Fatiga do
templo esp.

Campina Grande,

03.01.2019.

Dr. [illegible]
CRM-PB 12345
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 56432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBASECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (G.E) Nº: 1806027

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. CEP: 58432-809 Data: 03/01/2019
Boleim de Emergência (O.E) - Modelo 07 Atendente: Daniella Dos Santos Lima

PACIENTE: ANTONIO DO

CEP: 58388000

Nascimento: 11/06/1985

NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Sexo: M

Telefone: 981970577

Endereço: SÍTIO CAIANA DOS CRIOLOS

Idade: 032

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Grande

RG:

Nº: 0

Nome da Mãe: MARIA DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

CPI:

Profissão: AGRICULTOR

Responsável:

Data de

CNS: 705009081009058

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 03/01/2019

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 11:07:36

Especialidade:

Médico:

CRIA:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente no lado)



- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Abreção | 19. Fratura ossea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura ossea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injuriamento hemático |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Eritema subcutâneo | 27. Movimento corpóreo parcial |
| 10. Emagrecimento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Queimadura |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Pericoma |
| 14. F. Cortado | 32. Paratoma |
| 15. F. Corte | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-cortado | 34. Rinsoragis |
| 17. F. Perfuro-cortado | 35. Síncope de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: _____ %

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

101.102

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Poliorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ hs _____ Dia _____

Especialista: _____ hs _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

NOME:	A	U	T	O	R	A	D	O	A	S	C	I	M	O	PRONTUÁRIO		
IDADE:																	
SEXO:	M ☐		F ☐		COR:		B ☐		P ☐		A ☐		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEI

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA:

DATA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Antonio do Nascimento de Oliveira		
End:	St. Pique dos Gaiolos		
Data de Nascimento:	11.06.1976	Bairro:	Alagoinha Grande
Queixa:	AC. de	Data do Atend.	03.03.19
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	11:00
		Documentar:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom () Regular () Baixo	Aspecto: ☒ Calmo () Fútil de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☒ Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
- () Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
- () Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

HORA

09:14

ALAGOA
GRANDE

CLASSIFICAÇÃO

HOSPITAL MUNICIPAL MINISTRO OSWALDO TRIGUEIRO

ATENDIMENTO/AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ Clínico
☐ Gineco Obstétrico
☐ Psiquiátrico
☒ Trauma
☐ Outros: _____
☐ Encaminhado para _____

Medicamentos: _____

Patologia(s): _____

☐ Alergia a Medicamentos. Quais? Uso de

SINAIS VITAIS

PA: 120/80 mmHg FC: 70 bpm SpO2: 93 % BCF: _____ bpm
 FR: _____ rpm Temperatura: _____ °C Peso: _____ kg Glicemia: _____ mg/dl

EXAME FÍSICO

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Sonolento ☐ Outro: _____
 Função Motora: ☒ Deambula ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca ☐ Nos braços ☐ Outro: Clavícula
 Pele e Mucosa: ☐ Normocoradas ☐ Hipocoradas ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Outro: _____
 Sistema Respiratório: ☐ Eupnéico ☐ Dispneia ☐ Taquipnéia ☐ Bradcardia ☐ Outro: _____
 Sistema Cardiovascular: ☐ Normocárdico ☐ Taquicardia ☐ Bradcardia
 Sistema Digestório: Abdome: ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Distendido ☐ Dolor a palpação ☐ Outro: _____
 Sistema Geniturinário: ☐ Disúria ☐ Polaciúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ SVD DU: _____ ml

QUEIXA PRINCIPAL

dor e edema em UE após acidente de moto no dia anterior.

ENCAMINHAMENTO:

- ☒ Consulta no hospital
☐ Encaminhado para CEO ☐ Encaminhamento para ESF ☐ Encaminhado para CAPS
☐ Encaminhado para o NASF ☐ Outros

ORIENTAÇÃO:

 LAIS HELENA DE LIMA GROS
 COREN-PB 00007 ERF

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro



UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital Trauma em Campina Grande

UNIDADE DE ORIGEM: UML de Alagoa Grande

NOME DO PACIENTE: Antônio do Nascimento da Oliveira

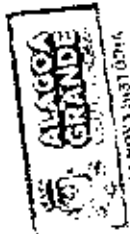
PROCEDÊNCIA: Por coar edacera + ferimento no tor.
melo esquerdo após queda

Raio X - Fratura da fíbula

Solicita: conduta e avaliação do especialista

ALAGOA GRANDE (PB): 03/11/2019

Maria José Severo
Médica CRM 2243-PB
MBOICO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

ADRE DE REFERÊNCIA: Hosp. de Transição em Campo de Ourinhos
IDADE DE ORIGEM: Mãe de 35 anos, gestante.
NOME DO PACIENTE: Autores de parto normal + parto normal.
OCORRÊNCIA: Doença crônica, edema + parto normal.
NOME DO PACIENTE: Fratura da fíbula
SOLICITAÇÃO: Consultar e avaliar a saúde e a qualidade de vida.

ALAGOA GRANDE (PB), 02/03/2016

Assinatura
MARCOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132463/19

Vítima: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

CPF: 064.144.954-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/01/2019

Título do CPF: NASCIMENTO DE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA : 064.144.954-25

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 cancela 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: 17/04/2019

Nome: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

CPF: 064.144.954-25

ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019

Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO: Antonio de Nascimento de Oliveira
 DATA DO ACIDENTE: 03.01.19 CPF DA VÍTIMA: 064.144.954-25
 DETEDOR DA DOCUMENTAÇÃO:
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM VÍTIMA É:
 ENDEREÇO DO PORTADOR: Sítio Caiama dos Anjos, s/n
 COMPLEMENTO: — BAIRRO: Zona Rural
 CIDADE: Alagoa Grande UF: PB CEP: 58.388-000
 E-MAIL: — TELEFONE: ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTALIDADE: R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE: ATÉ R\$ 15.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE PAGAMENTO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS): REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (TREMBOLESO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DAS DESPESAS QUITADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: 19.03.2019
 IDENTIDADE: 3204872
 ASSINATURA: —

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA: — MAYS, CORREIOS
 NOME: —
 ASSINATURA: Antonio N. Oliveira

DESTINATÁRIO

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

RUA: SENADOR DANTAS, Nº 74, 5º ANDAR – CENTRO

CEP: 20031205

RIO DE JANEIRO-RJ



Correios		REGISTRADO URGENTE		PESO (kg)	
		registered priority		110	
Recebedor		Assinatura		Doc.	
				X AR ☐ MP	

Fonte:
Tomio do Nascimento de Oliveira
cio Coriana dos Guaias, 5/11/1971
ma Ruaf, Alagoa Grande -

(ETIQUETA OU CARIMBO Nº 1)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132463/19

Vítima: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

CPF: 064.144.954-25

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO DO
NASCIMENTO DE
OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA : 064.144.954-25

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: 17/04/2019
Nome: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA
CPF: 064.144.954-25

ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES