

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO**

Nº Sinistro: **3180166348**

Vitima: **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO**

Data do Acidente: **18/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180166348**.

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 12678971



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO**
Nº Sinistro: **3180166348**
Vitima: **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO**
Data do Acidente: **18/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180166348**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO**

Nº Sinistro: **3180166348**
Vitima: **ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO**
Data do Acidente: **18/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180166348**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13479797



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO

PORTADOR(A) DO RG Nº 3034444 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 03/07/2002

CPF 087904784-44 /CNPJ 000000000-0000-00 PROFISSÃO TRABALHADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 950,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO F. DO NAS FILHO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Autorização de pagamento



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não são necessários:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104-0 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4913 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7663-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PEDRAS DE FOGO, 27 de MARÇO de 2018

LOCAL E DATA

Antonio Francisco do Nascimento Filho

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
POUPANÇA



6277 8017 4155 7007

6277

VALIDATE

10/24

ANTONIO F D NASCIMENTO

4913 013 00007663-1

elo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 258/2018

Aos VINTE E SETE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrev(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:40min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO, identidade nº 3.034.444-SDS/PB, CPF nº 087.904.784-44, nacionalidade brasileiro, estado civil solteiro, profissão agricultor, filho(a) de Antonio Francisco Do Nascimento E De Josefa Maria Da Conceição, natural de Pedras de Fogo/PB, nascido(a) em 20/11/1983 (33 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Jangada, tendo como ponto de referência: zona rural, na cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, fone(s) para contato: xxxxxx.

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

1) NATUREZA DO FATO: Acidente de veículo;

2) DATA DO FATO: 28 de março de 2018;

3) HORÁRIO: 15h:0min;

4) LOCAL: Pedras de Fogo/PB

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma o noticiante que estava conduzindo a motocicleta de placa RKC 5164/PE, RENAVAM 893155012, registrada em nome de EDINALDO MANOEL DE DEUS, quando perdeu o controle da motocicleta vindo a cair, em solo, que o noticiante veio a ser atendido no hospital de Pedras de Fogo/PB, conforme ficha de atendimento ambulatorial, com lesões.

6) OBSERVAÇÕES:

Nada Consta

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

ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO
Comunicante

Escritura Agentes
Matrícula nº 135.591-1

CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS



AUTENTICAÇÃO

Autenticado que a cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 255 - III do CPC)

27 MAR. 2018

AGH35127 - J1Y1

Selo Digital
Comitê de Autenticação

RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. AIR FORCE
HEADQUARTERS
WASHINGTON, D.C.

EMERGENCY

1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO, portador da carteira de identidade nº 3034444 SSP/PB e inscrito no CPF/ME sob o nº 087.904.78444, residente e domiciliado na SÍTIO YANGADA SIN, AREA RURAL, Cidade PEDRAS DE FOGO, Estado PARAIBA, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



Antonio Francisco do Nascimento Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PEDRAS DE FOGO - PB, 27/03/2019

Local e data

Fev/18	8,17
Mai/17	38,49



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Antônio F. N. Filho

Uso Oral

Documentação médica - hospitalar



DIETARÉGIO 600 — dia.

Toma 12h e 18h

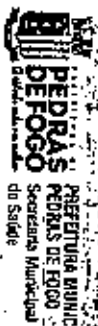
⇒ RECEIO 24/03

TERÇA 07:00h

18/03/18

Ricardo P. Chicanovic
CRM: 10.100.000-00

Assinatura e Carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: **HOSPITAL DIST. DR JOSÉ DE SOUZA MACIEL**

Cod. do CNEC: **2363682**

CNEC: **10.490.987/0001-23**

Endereço: **RUA PROFESSOR GETÚLIO CÉSAR R. GUEDES, 12 - CENTRO**

Município: **PEDRAS DE FOGO**

Estado: **PARAIBA**

U.F.: **28**

PACIENTE:

Nome: **Antônio Francisco Martins**

Sexo: **M**

Idade: **33**

Profissão:

Auto Empregado

Documento:

Endereço: **Setor 1 do Sítio**

Município: **Parauapebas**

Estado: **Parauapebas**

U.F.: **06**

Cod. IBGE Município:

Data do Nascimento: **20.11.83**

CNS

Data do atendimento: **18.03.18**

RAC/COR:

☐ 1 - BRANCA

☐ 2 - NEGRA

☐ 3 - PARDA

☐ 4 - AMARELA

☐ 5 - INDIGENA

☐ 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SINÓTIPO):

*Queixa de mole no llumero, agudamente
do e distensão da porção lateral do
4º dedo da mão direita
apresente febre e inchaço e dor.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS):

RESULTADOS:

1. MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS: **01/11/18**
2. **01/11/18**
3. **01/11/18**
4. **01/11/18**

CARÁTER DE ATENDIMENTO:

☐ 01 - ELETIVO

☐ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTOS - DESCRIÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

neume

CID - 10

MEDICAÇÃO:

☐ PRESCRITA

☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ OUTRO

☐ OUTROS

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - carimbo:

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou responsável:

Assinatura do Revisor Técnico - carimbo:

Assinatura do Revisor Administrativo - carimbo:

Revisores
Data: 18/03/18



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Antonio Manoel dos Santos		Nº
Sexo: M	Idade: 33	Profissão:
Endereço:		
Unidade Adscritiva:		
Agente de Saúde:		
Encaminhado(a) do: H. de Pedras de Fogo		
Para: H. Outuburno de Mongaburu		
Motivo do Encaminhamento: Paciente com histórico de trauma (acidente de moto) no tórax, apresentando dor e dificuldade de movimentação do 4º dedo da mão direita. Apresenta também contusão em local (pele) direito, com mancha purpúrea. Negou vômito, febre ou perda de consciência. ECG - 15. HD = fratura de 4º dedo D.?		

Encaminhamento

Dra. Larissa Xavier Borges
Médica
Função: CRM-PB 11013

10/03/18
Data

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA

(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	

Data

Consultante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 900

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

REGISTRO GERAL 3034444 DATA DE EXPEDICÃO 03 JUL 2002

Nome ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

FILHO

Matrão Antonio Francisco do Nascimento

Josefa Maria da Conceição

Pedras de Fogo-PB

20.11.1983

Cert. Nasc. Nº 9.814-Ms. 133V-Liv. 1000

Cart. de Pedras de Fogo-PB.

CPF

ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Documentos de Identificação



INSTITUTO BRASILEIRO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

CPF 027.193.790/00-40

Nome ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Nascimento 20/11/1983

CPF

72 CORREIOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ANTÔNIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHODATA DO ACIDENTE 16/03/2018 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 082 904 394-44

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o Laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documentos:
- ☒ CPF da vítima
 - ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples)
 - ☒ Autorização (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes de despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) ANTÔNIO FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHOQuem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail

Data 22/03/2018 Assinatura Antônio Francisco do Nascimento Filho

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC PEDRAS DE FOGO/PB

Atendente RODRIGO I. G. DE MORAIS Matrícula 4428473-3

Data: 22/03/2018 Assinatura: [Assinatura]

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em **medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar a remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286