

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190170239

Data do acidente: 21/11/2018

Vítima: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Natal

UF: RN

Análise: Reanálise

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data: 13/05/2019 08:04:59

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT DO ANTEBRACO PARTE NE -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			962,02	0,00
Total da Análise Atual			962,02	0,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** O RECIBO NO VALOR DE R\$ 962,02, REFERENTE A DESPESAS FARMACÊUTICAS NÃO FOI AVALIADO, POIS NÃO FOI ENVIADO CUPOM FISCAL OU NOTA COM VALOR FISCAL, COM A INFORMAÇÃO DOS MEDICAMENTOS QUE FORAM COMPRADOS E SEUS RESPECTIVOS VALORES INDIVIDUAIS.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II Relacionamento: Vítima	1362,00	400,00	400,00	962,02	0,00	0,00
Total da Análise Atual	1362,00	400,00	400,00	962,02	0,00	0,00

TOTAL PLEITEADO: 2324,02

TOTAL AVALIADO: 400,00

TOTAL PAGO + À PAGAR: 400,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068520/19

Número do Sinistro: 3190170239

Vítima: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

CPF: 096.424.074-26

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 21/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ALVES DO
NASCIMENTO II

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

JOSE ALVES DO NASCIMENTO II : 096.424.074-26

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 30/04/2019
Nome: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II
CPF: 096.424.074-26

JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

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: 12/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 400,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000086689-0

Nr. da Autenticação 5536555ED189D8B1

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190170239

Vítima: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Data do Acidente: 21/11/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190170239

Vítima: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Data do Acidente: 21/11/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

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

Recebedor: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Valor: R\$ 400,00

Banco: 104

Agência: 000000763

Conta: 0000086689-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190170239

Vítima: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Data do Acidente: 21/11/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

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

Comprovantes de despesas médicas

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

