



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Francisco Claudes Rodrigues Pereira</i>		Data Nasc: <i>06/11/1983</i>
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
RG: <i>2006021062927</i>	CPF: <i>038.534.493-79</i>	
Endereço: <i>Localidade de Corquinho, nº 838, no Lt. Corrego do Braco</i>		
Cidade: <i>Camecim</i>	CEP: <i>62.400-000</i>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 18 de Dezembro de 20 19.

Francisco Claudes Rodrigues Pereira
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Francisco Cleudes Rodrigues Pereira, residente e domiciliado na localidade de Corquinho, nº 838, bairro: St. Carroço do Baixo na cidade de Camocim, portador(a) do RG nº 2006021062927, inscrito(a) no CPF nº 038.534.493-79, estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 18 de Dezembro de 20 19.

Francisco Cleudes Rodrigues Pereira
DECLARANTE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Francisco Cleudes Rodrigues Pereira, brasileiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 2006021062927, inscrito(a) no CPF sob o nº 038.534.493-79, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Corquinha, nº 838, Bairro Qd. Centro do Braco, CEP: 62.400 - 000 /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 18 de Dezembro 2019.

Francisco Cleudes Rodrigues Pereira

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)
Sr(a) Francisco Cleudes Rodrigues Pereira Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 18 de Dezembro 2019.

Francisco Cleudes Rodrigues Pereira

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

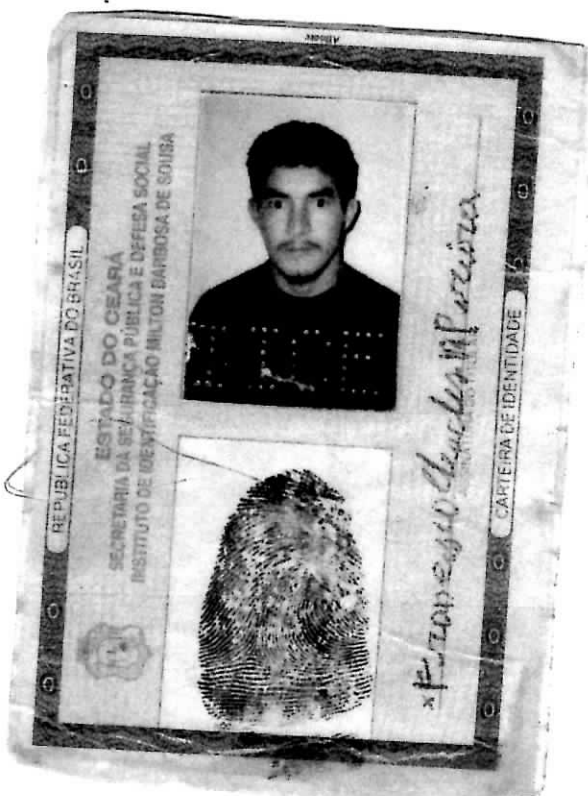
CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



Esta é a sua conta de

11/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome MARGARIDA RODRIGUES CARNEIRO
Endereço RR CORGUNHO 00838
Classificação Resid. Braco Renda
Modalidade Tarifária BI RESIDENCIAL-CONV.

7312742

VENCIMENTO

02/01/2020

DATA PAGAR (R\$)

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

45,06

TOTAL A PAGAR (R\$)

22/11/2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

22/11/2019

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE GRANJA



fls. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 455 - 276 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **06/03/2018 15:58:53**Data / Hora da Ocorrência: **16/12/2017 12:30:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO CORGUINHO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **CAMOCIM/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **FRANCISCO CLEUDES RODRIGUES PEREIRA**Nascimento: **06/11/1983** CPF:RG: **2006021062927**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **CECILIA RODRIGUES CARNEIRO DOS SANTOS****JOAO PEREIRA DOS SANTOS**Endereço: **SITIO LOCALIDADE DE CORGUINHO,**Bairro: **GURIU**Município: **CAMOCIM/CE**CEP: **62.400-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: NVC1637 Uf: CE Município: CAMOCIM Chassi:****9C2KC1620AR049160 Renavam: 268242046 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX ES Ano****Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA/ALCOOL****Cor: PRETA Proprietário: JOSE RODRIGUES CARNEIRO Situação: NÃO****INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO****Histórico**

O declarante, comparece a esta Delegacia de Polícia Civil para registrar acidente de trânsito ocorrido no dia, hora e local acima mencionados para fins de SEGURO DPVAT; QUE na ocasião, estava pilotando a motocicleta acima descrita, por uma estrada de terra na localidade de Corguinho, Guriu, Distrito de Camocim-Ce, quando de repente um outro motociclista conhecido por CHICO, que reside na referida localidade, que pilotava outra motocicleta em sentido contrario, colidiu na motocicleta do declarante, tendo ambos caído no chão; QUE devido à queda, sofrera três fraturas em sua perna esquerda; QUE logo em seguida, fora socorrido por populares que providenciaram um carro que faz transporte pacientes a serviço da Prefeitura municipal de Camocim, que o levou para o Hospital Dep. Murilo Aguiar de Camocim, de onde fora transferido para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral; QUE no município de Camocim-CE não existe IML, CORPO DE BOMBEIROS, AUTARQUIA DE TRÂNSITO ou SAMU.

O presente registro é de inteira responsabilidade do (a) responsável pela informação, ficando este(a) cientificado(a).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE GRANJA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE GRANJA



fls. 22

BOLETIM DE Ocorrência Nº 455 - 276 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO CHAGAS DE PAULA FILHO - MAT.: 138862-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Chagas de Paula Filho

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLAUDIO MARCILIO ALVES VASCONCELOS - MAT.: 300824-1-9

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

João Cleber Rodrigues Pereira

DATA NASCIMENTO:

00/11/1983

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

Cecília Rodrigues Campos da Silva

RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO:

Corumbá

Nº

BAIRRO:

7. Rural

DOCUMENTO:

DADOS DA INTERNAÇÃO

CLÍNICA:

TIPO DE LEITO:

PROC. SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE:

Miranda CRM 45.417

DATA:

16/12/19

HORA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

☒ 03

☐ 05

DIAG. PRINCIPAL:

Fratura exposta da 1ª metacarpo

DIRETOR CLÍNICO: Dr. Miraci S. T. Monteiro

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Doença aguda de evolução de 1 semana com dor intensa na região da 1ª metacarpo, com inchaço e vermelhidão local. Exame físico: 70.8 x 6 Dx 144

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Ver acima

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS:

Exame clínico

Dr. Miraci S. T. Monteiro
MÉDICO
CRM 45.417 - CPF 040.815.402-27

ATO DECLARATÓRIO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

ABEMP

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2. CNES
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4. CNES
ABEMP- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA	237215-0

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE	6. Nº DO PRONTUÁRIO		
FRANCISCO CLEUDES RODRIGUES PEREIRA			
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS	8. DATA DE NASCIMENTO	9. SEXO (1- MASCULINO/ 3-FEMININO)	
708600598743884	06.11.1983	1 X 3	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11. TELEFONE DE CONTATO		
CECILIA RODRIGUES CARNEIRO DOS SANTOS	85 989655640		
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO)			
R- CORREGO DA FORQUILHA, SN, ZORA RURAL			
13. MUNICÍPIO	14. IBGE	15. UF	16. CEP
JIJOCA DE JERICOACOARA		CE	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
<i>Pneumonia bilateral e febre</i>

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
<i>TBC</i>

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
<i>Rx</i>

20. DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10		
<i>Pneumonia bilateral</i>	21. PRINCIPAL	22. SECUNDÁRIO	23. CAUSAS ASSOCIADAS
	<i>J42 J41</i>		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<i>TBC</i>	

26. LEITO/CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO (1- ELETIVO/2 URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REFERÊNCIA)
	1 2

28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	31. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO
<i>[Assinatura]</i>	

29. DATA	30. CNS/CPF:
<i>12/11/2019</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ACIDENTE DE TRÂNSITO	33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE DO SEGURO	35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE
36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37.	38. CNPJ DA EMPRESA	40. CBOR
ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO			
41. CID PRINCIPAL	42. CID SECUNDÁRIO	43. NA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
		43. LEVE	44. GRAVE 45. GRAVISSÍMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49. Nº DE SÉRIE DO BILHETE
47. DATA	48. CNS/CPF:
50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA.	51. Nº DE SÉRIE DO BILHETE
52. DATA	53. CNS/CPF:
54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- AIH	55. ORGÃO EMISSOR DA AIH



RUA JOÃO CONRADO, 363 - JARDIM SÃO JOÃO - 60000-000 - BR
FONES: (85) 3215-8153 - 3215-8154
MARACANAÚ - CEARÁ

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Francisco Flávio ET Almeida
Francisco Flávio portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 150 dias

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença

Francisco Flávio ET Almeida
IN 547 584

PA 15/01/15
Hospital e Ambulatório Localidade e data

[Assinatura]
Ass. do Médico - CRM nº _____

Este atestado é válido para as funções previstas no Art. 10
da Lei nº 3.061/60, aprovada pelo Conselho Nacional de Medicina e expedida
em conformidade com o Art. 10 da Lei nº 3.061/60.

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908

Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

PRONTO-SOCORRO

2e 13440079252

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

Francisco Eleudes Rodrigues Pereira

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Mat = 924704

Atend = 5054028

HDA: 34 anos internado de ambulância notadamente valendo

com fratura exposta de platô lateral a (E)

Schultz Kc VI + fx porra distal A03362

EXAME FÍSICO: Pulso }
Neurológico } OK

F.O. língua

EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO: Fratura cominuta de bacia proximal e fêmur distal

CONDUTA: transferência por IIF para cirurgia
deputada não dispense neste hospital
Realizar imobilização

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Cirurgia não disponível neste hospital

HOSPITAL REFERENCIADO: CAMOLIM

SOBRAL, 17, 12, 77

MÉDICO:

Dra. Laila Faria
Médica
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRM 18453



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO AMBULATÓRIO

Francisco Cleudes Rodrigues Pereira

Atento para fins e direitos, que o paciente
o mesmo, foi vítima de acidente motociclístico,
com fratura exposta de pélo tibial e, onde
foi submetido o tratamento cirúrgico, tendo
nosso do alto hospital. Avalie com dor intensa
no local, além de restrição de movimento
no pé e, sem melhora com medicação
e fisioterapia.

29/11/18

AO RETORNAR, FAVOR TRAZER ESTA RECEITA

GRAPHIC PLATE TABLE B.25.1.010



CLÍNICA REVIVER
Dr. Ismael Pinheiro
 CREMEC: 9179

Atestado

Atesto para o senhor
 pois que Fco Mendes
 Rodrigues Sousa vítima
 de acidente de trânsito
 no dia 16/12/2017 com
 seqüela permanente
 de fratura exposta de
 perna e com pequeno
 funcional de MTE

25/08/2019 / Ismael Pinheiro
 19 / Reviver

Dr. Ismael Pinheiro
 GO - Clínica Médica
 CREMEC: 9179
 RYO PREVIDENC
 Mai 1104



(/)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180358534 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO CLEUDES RODRIGUES PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO CLEUDES RODRIGUES PEREIRA

CPF/CNPJ: 03853449379

Posição em 27-11-2019 13:55:24

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#)!

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/11/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/12/2018	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/0umjeTtpAz1YTtoTiqaIapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4JYB3eafIHijQjCmN65OeiU=)
22/09/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eUsGRTf7MJxsbliQxPs3Vapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4JYB3eafIHijQjCmN65OeiU=)
22/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8IZH297LNyHidWYHPapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4JYB3eafIHijQjCmN65OeiU=)