

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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655015

Vítima: TAWAN DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 30/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TAWAN DA SILVA BEZERRA

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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655015

Vítima: TAWAN DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 30/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), TAWAN DA SILVA BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190655015 Vítima: TAWAN DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 30/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TAWAN DA SILVA BEZERRA

Informamos que o pagamento da im

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: TAWAN DA SILVA BEZERRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 0000007889-4

Tipos: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT é a única possibilidade. Pode ser feita a solicitação de forma escrita ou por meio de

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente

Seguradora Líder DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Tawar da Silva Bezerra	
	320.009.204-03		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		120.009.204-03
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recurso	R- Dr. Bandeira bns	353	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Wazeira Nova	Santa Rita	PB	58300-000
15 - E-mail:	(83) 48663-4900		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 3348	CONTA: 07889	AGÊNCIA: 04
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Nome do BANCO: _____		

Autorizo a Seguradora Lider 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 simbolicamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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, sob a 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, emitindo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:									
25 - Grau de Parentesco com a vítima	26 - Vítima de seu companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:											
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou(a) nascitur(a) nascida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:			Nascitur(a) nascida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Irmãos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pais/Avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 de expor à penalidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	CPF: _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data:	<i>José Pessoa - PB 20/11/19</i>	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)	

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



agência



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13159.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 13159.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:59 horas do dia 14 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu Tawan da Silva Bezerra, CPF nº 120.009.204-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Auxiliar de Produção, filho(a) de Alesandra da Silva e Edmilson Elias Bezerra, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 03/05/1997 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Dr. Bandeira Lins, Nº 153, bairro Várzea Nova, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Católica, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (80) 98869-9380.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua. Hermenegildo Gomes, Próximo Ao Posto de Combustível Almeida, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/08/19 17:00h. Tipificação: em tese,
capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 30/08/2019, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS, VINHA TRAFEGANDO NA RUA. HERMENEGILDO GOMES, NO BAIRRO DE TIBIRI, NA MOTO DE MARCA-HONDA/CG 125 TITAN KS, DF COR-VERDE, ANO- 2002/2002, DE PLACA-MOO5672/PB, CHASSI-9C2JC30102R151862, CRLV EM NOME DA PESSOA RONALDO MOREIRA DA SILVA, QUANDO FOI VITIMA DE QUEDA DE MOTO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, LOGO APÓS ATENDIMENTO, FOI ENCAMINHADO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, CONFORME LAUDO MÉDICO DE RESUMO DE ALTA, DE ACORDO COM O CID 10 S82.2, ASSINADO PELO MEDICO DR. KLÉNIO F. DA NOBREGA, CRM: 11 094-PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de novembro de 2019.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação

TAWAN DA SILVA BEZERRA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Tawar da Silva Bezerra	
	320.009.204-03		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		120.009.204-03
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recurso	R- Dr. Bandeira bns	353	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Wazeira Nova	Santa Rita	PB	58300-000
15 - E-mail:	(83) 48663-4900		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 3348	CONTA: 07889	AGÊNCIA: 04
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Nome do BANCO: _____		

Autorizo a Seguradora Lider 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 simbolicamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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, sob a 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, emitindo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:												
25 - Grau de Parentesco com a vítima	26 - Vítima de seu companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:														
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou(a) nascitur(a) nascida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	34 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:						Vivos: Falecidos:											

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 de expor à penalidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data:	José Pessoa - PB 20/11/19
	Tawar da Silva Bezerra
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)



agência

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: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAWAN DA SILVA BEZERRA

BANCO: 104

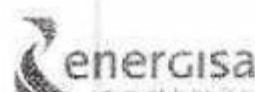
AGÊNCIA: 03348

CONTA: 00000007889-4

Nr. da Autenticação 4C1B23058A1E9B85

BOLETO PARA PAGAMENTO

Este é um documento digital
que pode ser impresso ou lido em cima.
Para mais informações, entre em contato com a Energisa - PB.
Nº 032.953.801



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-030
CNPJ 09.995.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.523-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	21/10/2019	214	28/10/2019	R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	09.095.183/0001-40

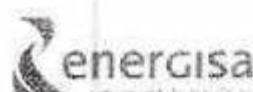
BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agencia / Código do Beneficiario: 3084-3/2447-3



BOLETO PARA PAGAMENTO

Este é um documento fiscal.
Para emitir e receber este documento, é necessário ter uma conta aberta na Energisa.
Número do documento: N° 032.953.801



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
S/ 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-030
CNPJ 09.995.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.523-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	21/10/2019	214	28/10/2019	R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	09.095.183/0001-40

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 88 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILLICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Tauan da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o N° 120.009.204.03,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Tauan da Silva Bezerra,
inscrito (a) no CPF sob o N° 120.009.204.03, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

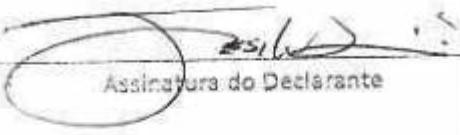
Recuso Informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							TEL/DDD:	<u>(83)986634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 20/11/19


Assinatura do Declarante

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: TAWAN DA SILVA BEZERRA				PRONTUÁRIO N°
IDADE: 23 ANOS	SEXO: MASC.	COR:	CÍNICA	ENF.: 18 LEITO: 163
DATA DE ADMISSÃO: 30/08/2019		DATA DE ALTA: 17/09/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL		Fratura Diafisária de Tibia D		CID: S82.2
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		O mesmo		
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES		<i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>		
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATHOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA: (X) MELHORADO CERTO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO ()
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRICO, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia exposta foi submetido(a) a procedimento cirúrgico com aplicação de placa TUP + parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.				
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc... REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:		Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou um "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.		
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA E AI/NE.				
RETORNO:		Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão (DR. TIBIRICA) Dr. Klélio F. de Oliveira PB CRM 11.094 PB Ortopedia e Traumatologia		
DATA:		17/09/2019		
Ass. MÉDICO / C.R.M				

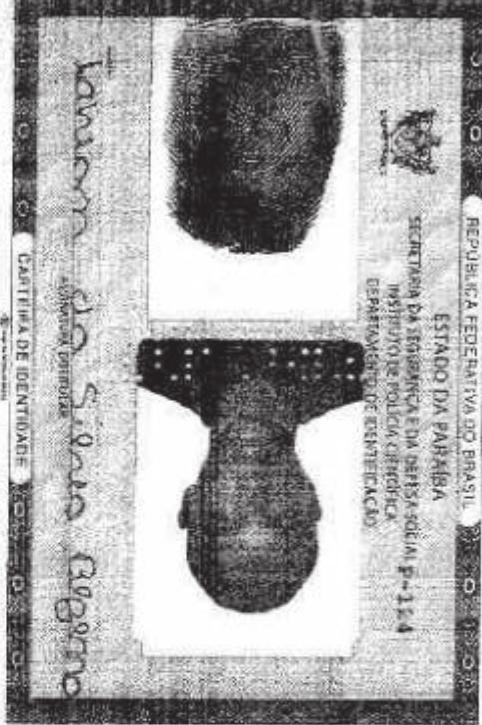
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Histórico de Consumo
(kWh)

FOLHOS DE CONSUMO - 11/05/14	
QUADRANTE 1	0,00 kWh
QUADRANTE 2	0,00 kWh
QUADRANTE 3	0,00 kWh
QUADRANTE 4	0,00 kWh

ALESSANDRA DA SILVA	
PLAÇA SANTANA, 151 - SANTANA	0,00 kWh
CEP: 58050-005	DATA: 11/05/2014
TIPO: RESIDENCIAL	PERÍODO: 11/05/2014
VALOR: R\$ 0,00	DATA: 11/05/2014

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 www.energisa.com.br





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190655015**

Nome do(a) Examinado(a): **TAWAN DA SILVA BEZERRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA DR BANDEIRA LINS , 153 - Cristo Redentor - Santa Rita - PB - CEP 58301-060

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4141587**

Data e local do acidente: [**30/08/2019**] **Bairro Tibiri II, Cidade de Santa Rita - PB**

Data e local do exame: [**06/12/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da Tíbia Direita.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, cicatriz cirúrgica na perna direita, hipotrofia muscular da perna direita, rigidez articular com perda de 80% da mobilidade articular do tornozelo direito, deficit de força motora do tornozelo direito grave.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta claudicação da marcha, rigidez articular e deficit de força motora do tornozelo direito, sequelas estas de caráter permanentes visto que a vítima já está de alta médica.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo Direito.

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

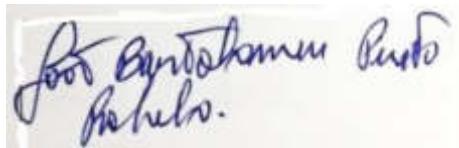
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655015

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAWAN DA SILVA BEZERRA

Data do acidente: 30/08/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta claudicação, cicatriz cirúrgica na perna direita, hipotrofia muscular da perna direita, rigidez articular com perda de 80% da mobilidade articular do tornozelo direito, deficit de força motora do tornozelo direito grave.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

Já obteve alta do tratamento.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655015

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAWAN DA SILVA BEZERRA

Data do acidente: 30/08/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta claudicação, cicatriz cirúrgica na perna direita, hipotrofia muscular da perna direita, rigidez articular com perda de 80% da mobilidade articular do tornozelo direito, deficit de força motora do tornozelo direito grave.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

Já obteve alta do tratamento.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655015
Vítima: TAWAN DA SILVA BEZERRA

Cidade: Santa Rita
Data do acidente: 30/08/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P1)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655015 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAWAN DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 30/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA EXPOSTA DA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P1)
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante Tawam da Silva Bezerra, brasileiro(a), estado civil sólido, profissão produção, residente e domiciliado à Rua Dh. Bardeina kmz nº 363, bairro Várzea Nova, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep. 58300-000, portador(a) do RG nº 4.141.587, SSP/ PB e CPF nº 320.009.264-03

Outorgado José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agemil Escal J. Costa Duarº nº 157, bairro Várzea Goberne, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-384, portador (a) do RG nº 105.4562, SSP/ PB e CPF nº 435.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Securo DPVAT, o pagamento do sinistro, que vislumrou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Tawam da Silva Bezerra ocorrido em 30/08/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento da presente mandato.

Santa Rita, 24 de setembro de 2019

X Tawam da Silva Bezerra
Outorgante
CPF Nº 320.009.264-03



Obs: Reconhecer firma em cartório pcr autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413671/19

Vítima: TAWAN DA SILVA BEZERRA

CPF: 120.009.204-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2019

Titular do CPF: TAWAN DA SILVA BEZERRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

TAWAN DA SILVA BEZERRA : 120.009.204-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA