



BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA: 30/04/19 HORA: 12:15 N° SIS. PRÉ-NATAL: _____ C.SUS-Nº _____

898 0027 8697 8868

CIDADE: 39a

NOME: Rivaldo Gomes Soárez IDADE: 39a

DATA NASC: 14/05/1979 SEXO: (X) MASCULINO () FEMININO

ESTADO CIVIL: Casado ESTADO: PROFISSÃO: TEL: _____

ENDEREÇO: R. Transversal Samuel Dias do Nascimento

Bairro: Guri Nunes CIDADE: Frigópolis ESTADO: Acre

RESPONSÁVEL: TEL: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

Refuse aperto de mete.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura clavicular

TRATAMENTO:

(2)

Colifato 750 mg 3x dia
Acetaminofen 500 mg 3x dia
mas ter tratado cap e j diluir 100 ml
de sif passar em 20 ml acu

Depois far

Ramell Ayala Caldeira
Médico - Clínico Geral
CRM - AC 1372

CONDIÇÕES DE ALTA: () MELHORAMENTO () CURADO () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO

INTERNAÇÃO PARA: TRATAMENTO PARA: _____

EXAMES: () RX () LABORATÓRIO () ULTRASSONOGRAFIA: () OUTROS:

Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rivaldo Gomes da Silva,

RG nº 31.955.6, data de expedição 12/05/2000, Órgão SIS P,

CPF nº 307.951.052-87, 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/Praça)	<u>Trav. Lúcia Melo Cavalcante</u>
Número	<u>322</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Esperança</u>
Cidade	<u>Feijoá</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.360 000</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 98424 - 8384</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Feijoá-Ac, 02 de Julho de 2019

Assinatura do Declarante: Rivaldo Gomes da Silva



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0125146-5

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 – Bosque – Rio Branco – AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal **004978993**

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	04/07/2019	143	123,15

MARIA NEUZA GOMES DA SILVA
TV LIDIA MELO CAVALCANTE 322 ESPERANCA
CPF: 00043506747215
CEP: 69.960-000 - FEIJÓ

ROT: 16.070.16.01.001500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	1425	Atual: 27/06/2019
Anterior:	1282	Anterior: 28/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 26/07/2019
Consumo Medido:	143	Emissão: 26/06/2019
Consumo Faturado:	143	Apresentação: 27/06/2019
	FCAM	

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON17119372		1.1.1.1	126
HISTÓRICO kWh					DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo					
MAI/19	128	CONSUMO 143 A R\$ 0,831390 = 118,88			
ABR/19	146	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,27			
MAR/19	615				
FEV/19	30				
JAN/19	30				
DEZ/18	30				
NOV/18	30				
OUT/18	105				
SET/18	109				
AGO/18	59				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 143 - 0,597770					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 26/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

707.991.052-87

Nome completo da vítima:

Rivaldo Gomes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Rivaldo Gomes da Silva

CPF:

707.991.052-87

Profissão:

Colaborador

Endereço:

Tm. Lídia Nilo Cavalcante

Número:

322

Complemento:

Casa

Bairro:

Esperança

Cidade:

Feijo

Estado:

AC

CEP:

69360000

E-mail:

Tel.(DDD):

(68) 98424-8394

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3707

CONTA: 11596

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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, uma 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizada

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

Nº BO: 197/04-2019

FATO 01: Acidente de Trânsito	FATO 02:	Data: 30.04.2019	Hora: 12h20min
LOCAL			
Logradouro: Cruzamento das Ruas Francisco Amauri Castro e Francisco Pereira Braga		Nº:	
Bairro: Esperança 2	Complemento: --		
Referência: Próximo ao Escritório do Claudélio		CEP: 69960-000	
Município: Feijó	Tipo de Local: Via Pública		
Envolvido "A" CONDUTOR NXR BROS 160 PLACA QLX 4481			
Nome: Rivaldo Gomes da Silva		Sexo: M Nasc. 14.05.1979	Idade: 39 anos
Endereço: Travessa Samuel Elias do Nascimento		Bairro: Geni Nunes	Tel.: 98424-8394
Lesão: Fratura na Clavícula direita		Obs.:	
EN VOLVIDO "B" Ciclista			
Nome: Francisco das Chagas Morais Parente		Sexo: M Nasc.: 08.03.2001	Idade: 18 anos
Endereço: Vila Dourado		Bairro: Geni Nunes	Tel.: ---
Lesão: Escoriação nos cotovelos, joelhos e inchaço no rosto.		Obs.:	

Objetos Pessoais do Agente:

HISTÓRICO: Informo-vos que por volta das 12h20min do dia 30 de abril de 2019, fomos informados pelo senhor Rivaldo Gomes que o mesmo acabara de ser vitimado em um acidente de Trânsito no endereço supracitado. Prontamente deslocamo-nos ao endereço informado e constatamos a veracidade dos fatos. Conforme relato de ambos os envolvidos, Rivaldo Gomes conduzia seu veículo, a saber: "Motocicleta Bros 160 Placa QLX 4481" pela Rua Francisco Pereira Braga, (sentido bairro – centro) e Francisco das Chagas conduzia sua bicicleta preta sem marca aparente pela Rua Francisco Amauri Castro (sentido bairro centro), quando no cruzamento não sinalizado destas vias, Francisco das chagas não deu prioridade ao condutor que vinha a sua direita e acabou atingindo Rivaldo Gomes. De acordo com Francisco das Chagas, sua bicicleta não possui freio. Disse que tentou diminuir a velocidade com o pé, mas parou ao sentir dor em seu pé que recuperava-se de uma fratura. Ambos os envolvidos foram encaminhados ao pronto socorro do Hospital Geral de Feijó. Os mesmos sofreram as seguintes lesões: (Rivaldo Gomes: Fratura na Clavícula direita, escoriações no cotovelo direito); (Francisco das Chagas: Escoriação nos cotovelos, joelhos e inchaço no rosto). Os veículos sofreram as seguintes avarias: (NXR BROS 160 Placa QLX 4481: Retrovisor direito quebrado, Guidão danificado, pedal de freio danificado), (Bicicleta Preta: Quadro danificado). Informo-vos que houve acordo entre as partes, para que Francisco das Chagas arque com as despesas das avarias causadas na Motocicleta QLX 4481. Diante dos fatos, encaminhamos este instrumento informando Boletim de ocorrência para conhecimento da Autoridade Policial.

EFETIVO E VIATURA EMPENHADO

Guarnição de Serviço CMT: SD PM Bastos, SD PM Anastácio.

RECIBO DE ENTREGA

Unidade de entrega: D.G.P.C.F.

Hora: 16:25

Name:	Função: APC	Assinatura:
-------	-------------	-------------

CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TÍTULOS,
OFÍCIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ-ACRE
SILVANO DECARLI - TABELIÃO/OFICIAL

AUTENTICAÇÃO nº 024551
Autentico para os devidos efeitos esta fotocópia, que
é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.
Feijó, 07 de maio de 2019. Selo AF68030-01 - AUTENTICAÇÃO
nº: F682-F680-4144-6070 - Consulte o site em: www.tabelionato.com.br

PEDRO WISLEY FERREIRA CAVALCANTE - Escrivente
Aut. 39477

Silvano Decarli - Tabelião/Oficial
 Cláudia Gliciane de Souza - Substituta
 Daiane dos Santos da Silva - Escrivente Autorizada

Maria Gliciane de Sousa Macedo - Escrivente
Jennifer Maria Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrivente

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - sdecarli@uol.com.br

RECEBIDO

03 JUN 2019

Seguradora Líder DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

Nº BO: 197/04-2019

FATO 01: Acidente de Trânsito	FATO 02:	Data: 30.04.2019	Hora: 12h20min
LOCAL			
Logradouro: Cruzamento das Ruas Francisco Amauri Castro e Francisco Pereira Braga			Nº:
Bairro: Esperança 2			Complemento: --
Referência: Próximo ao Escritório do Claudélio			CEP: 69960-000
Município: Feijó	Tipo de Local: Via Pública		
Envolvido "A" CONDUTOR NXR BROS 160 PLACA QLX 4481			
Nome: Rivaldo Gomes da Silva		Sexo: M Nasc. 14.05.1979	Idade: 39 anos
Endereço: Travessa Samuel Elias do Nascimento		Bairro: Geni Nunes	Tel.: 98424-8394
Lesão: Fratura na Clavícula direita		Obs.:	
EN VOLVIDO "B" Ciclista			
Nome: Francisco das Chagas Morais Parente		Sexo: M Nasc.: 08.03.2001	Idade: 18 anos
Endereço: Vila Dourado		Bairro: Geni Nunes	Tel.: ----
Lesão: Escoriação nos cotovelos, joelhos e inchaço no rosto.		Obs.:	
Objetos Pessoais do Agente:			
<p>HISTÓRICO: Informo-vos que por volta das 12h20min do dia 30 de abril de 2019, fomos informados pelo senhor Rivaldo Gomes que o mesmo acabara de ser vitimado em um acidente de Trânsito no endereço supracitado. Prontamente deslocamo-nos ao endereço informado e constatamos a veracidade dos fatos. Conforme relato de ambos os envolvidos, Rivaldo Gomes conduzia seu veículo, a saber: "Motocicleta Bros 160 Placa QLX 4481" pela Rua Francisco Pereira Braga, (sentido bairro – centro) e Francisco das Chagas conduzia sua bicicleta preta sem marca aparente pela Rua Francisco Amauri Castro (sentido bairro centro), quando no cruzamento não sinalizado destas vias, Francisco das chagas não deu prioridade ao condutor que vinha a sua direita e acabou atingindo Rivaldo Gomes. De acordo com Francisco das Chagas, sua bicicleta não possui freio. Disse que tentou diminuir a velocidade com o pé, mas parou ao sentir dor em seu pé que recuperava-se de uma fratura. Ambos os envolvidos foram encaminhados ao pronto socorro do Hospital Geral de Feijó. Os mesmos sofreram as seguintes lesões: (Rivaldo Gomes: Fratura na Clavícula direita, escoriações no cotovelo direito); (Francisco das Chagas: Escoriação nos cotovelos, joelhos e inchaço no rosto). Os veículos sofreram as seguintes avarias: (NXR BROS 160 Placa QLX 4481: Retrovisor direito quebrado, Guidão danificado, pedal de freio danificado), (Bicicleta Preta: Quadro danificado). Informo-vos que houve acordo entre as partes, para que Francisco das Chagas arque com as despesas das avarias causadas na Motocicleta QLX 4481. Diante dos fatos, encaminhamos este instrumento informativo até a D.P. local, para conhecimento da Autoridade Policial.</p>			
EFETIVO E VIATURA EMPENHADO			
Guarnição de Serviço	CMT: SD PM Bastos, SD PM Anastácio.		
RECOBRO DE ENTREGA			
Unidade de entrega: D.G.P.C.F.		Hora: 16:25	
Nome: <i>[Signature]</i>	Função: APC	Assinatura <i>[Signature]</i>	

CARTÓRIO DE PESSOAS JURÍDICAS, TABELIONATO DE NOTAS, PROTESTO DE TITULOS, OFICIOS DE REGISTRO CIVIL, IMÓVEIS E TÍTULOS E DOCUMENTOS DE FEIJÓ/ACRE
SILVANO DECARLI - TABELIÃO/OFICIAL

AUTENTICAÇÃO nº 024986
Autentico para os devidos efeitos esta fotocópia, que é reprodução fiel do documento apresentado. Dou fé.
Feijó, 01 de julho de 2019. Selo: N000000CEA - AUTENTICAÇÃO
ad. Validação: CC604 - Consulte o selo em: selo.tjac.jus.br

CRISTINA DA ROCHA NUNES DE SOUZA - Escrevente

Silvano Decarli - Tabelião/Oficial Jennifer Maria Gomes Pinheiro de Oliveira - Escrevente
 Daniel de Souza Macedo - Substituta Cristina da Rocha Nunes de Souza - Substituta
 Darciene dos Santos da Silva - Escrevente Autorizada

Av. Plácido de Castro, 551 - Centro - Feijó/AC - CEP 69960-000 - sdecarli@uol.com.br

[Handwritten signature over the stamp]



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DE FEIJÓ - FEIJÓ - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024142/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/07/2019 15:05 Data/Hora Fim: 01/07/2019 15:33
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Valdinei Soares da Costa

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Geral de Polícia Civil de Feijó
Data/Hora do Fato: 30/04/2019 12:20

Local do Fato

Município: Feijó (AC)
Logradouro: CRUZAMENTO DAS RUAS FRANCISCO AMAURI CASTRO E FRANCISCO
Bairro: ESPERANÇA
CEP: 69.960-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RIVALDO GOMES DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)
Nome Civil: FRANCISCO DAS CHAGAS MORAIS PARENTE (ENVOLVIDO)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O noticiante veio até está delegacia informar que se envolveu num acidente de trânsito no dia 30/04/2019, como relata o BOPM 197/04/2019; QUE segundo o comunicante no dia do fato o mesmo foi levado para o hospital geral do município de Feijó para receber os primeiros socorros e o médico plantonista preencheu o boletim de atendimento; QUE o exame de corpo de delito só não foi feito por falta de não existe IML no município de Feijó; QUE então o comunicante veio até está delegacia declarar este fato para fins de seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

Leandro Gomes do Nascimento
Agente de Polícia
Matrícula 9447245
Responsável pelo Atendimento

Rivaldo Gomes da Silva
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Valdinei Soares da Costa
Impresso por: Leandro Gomes do Nascimento
Data de Impressão: 01/07/2019 15:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	707.991.052-87	Rivaldo Gomes da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Rivaldo Gomes da Silva			707.991-052-87
Profissão:	Endereço:	Estado:	Número: Complemento:
Cobrador	TV. Linha Melo Cavalcante	AC	322 Casa
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Esperança	Feijo	69960000	
E-mail:	Tel.(DDD):		
Rivaldo.3M.5342@gmail.com	(68) 99934-3251		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 3707 | CONTA: 11596 | Dígito: 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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, uma 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e data: Feijo - 10/05/2019
Nome: Rivaldo Gomes da Silva
CPF: 707.991.052-87

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____ Autorização de pagamento

2º | No:

CPF: _____



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	707.981.052-87	Rivaldo Gomes da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Rivaldo Gomes da Silva	CPF: 707.981.052-87
Profissão:	Colhedor	Endereço: Trav. Lúcia Melo Cavalcante
Bairro:	Esperança	Número: 322 Complemento: Casa
Cidade:	Freijo	Estado: AC CEP: 68960000
E-mail:	Tel.(DDD): (68) 98424-8354	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- 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) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3707 CONTA: 11596

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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, uma 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM

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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190370482

Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 30/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190370482

Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 30/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar

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



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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190370482

Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 30/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentação médica-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação 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



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, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190370482

Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 30/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190370482

Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 30/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RIVALDO GOMES DA SILVA

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.

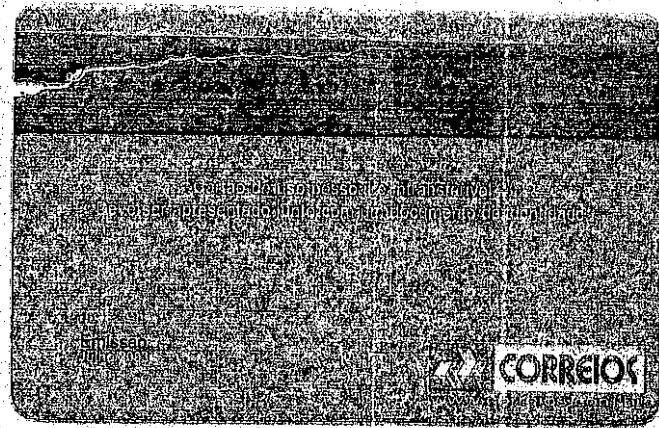
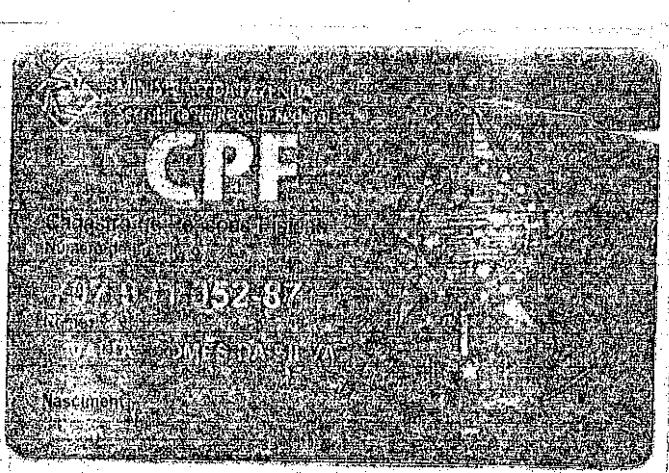
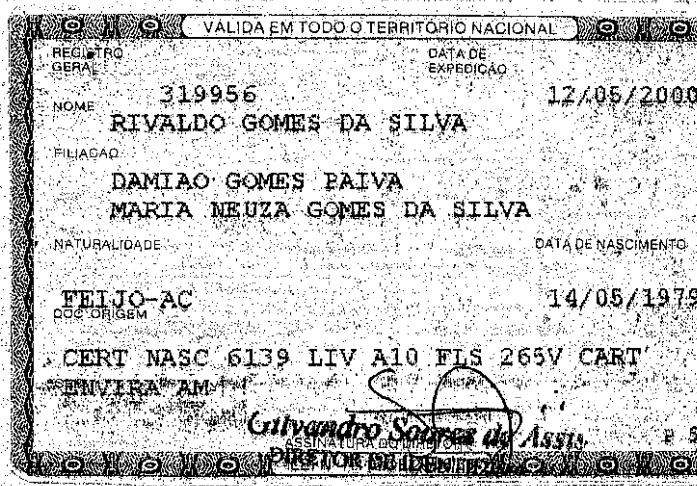
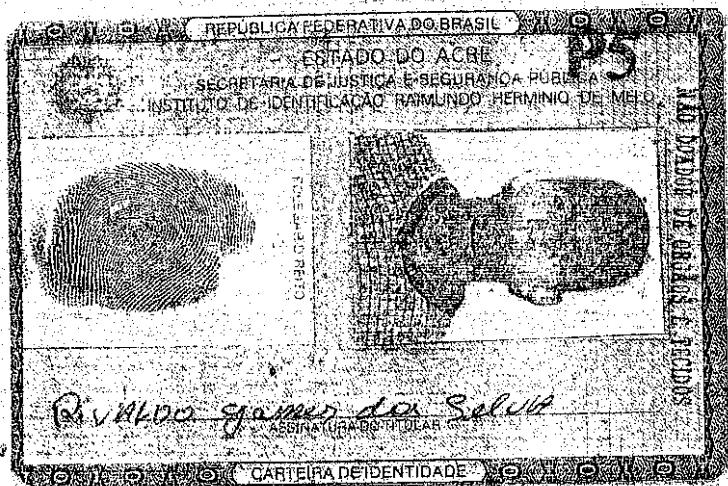
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







Número

707.991.052-87

Nome

RIVALDO GOMES DA SILVA

Nascimento

14/05/1979

CÓDIGO DE CONTROLE

7FDA.9EAA.E9EE.FE228



Documentos de identificação



Entitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:18:19 do dia 24/05/2019 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM

Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190370482 **Cidade:** Feijó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 30/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195235/19

Número do Sinistro: 3190370482

Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA

CPF: 707.991.052-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/04/2019

RIVALDO GOMES DA
SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

RIVALDO GOMES DA SILVA : 707.991.052-87

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.

- 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: 23/07/2019
Nome: RIVALDO GOMES DA SILVA
CPF: 707.991.052-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

RIVALDO GOMES DA SILVA

EDSON DA SILVA MARTINS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195235/19

Número do Sinistro: 3190370482

Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA

CPF: 707.991.052-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/04/2019

RIVALDO GOMES DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RIVALDO GOMES DA SILVA : 707.991.052-87

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: 11/07/2019
Nome: RIVALDO GOMES DA SILVA
CPF: 707.991.052-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

RIVALDO GOMES DA SILVA

EDSON DA SILVA MARTINS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0195235/19

Vítima: RIVALDO GOMES DA SILVA

CPF: 707.991.052-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/04/2019

RIVALDO GOMES DA
SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

RIVALDO GOMES DA SILVA : 707.991.052-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

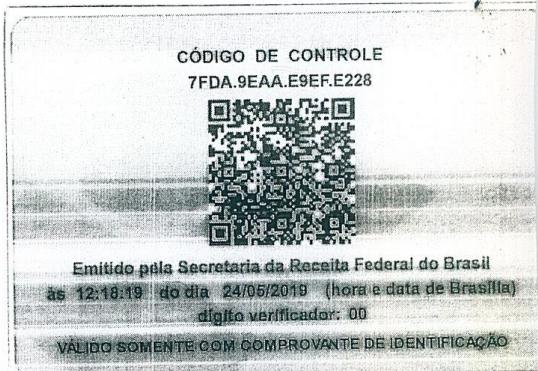
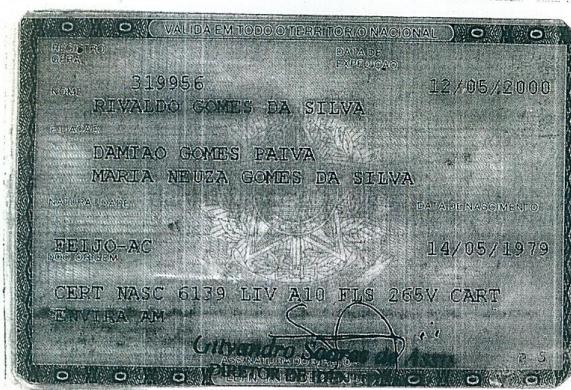
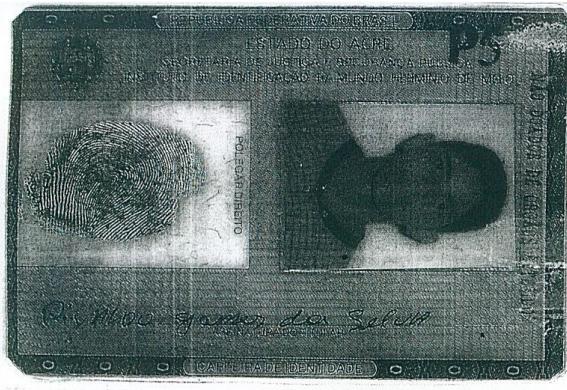
ATENÇÃO

- 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.



Rio de Janeiro, 13/06/2019

Orientação para movimentação do processo de sinistro

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro o qual não houve carga das imagens recebidas através do aplicativo e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para a regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT
EDM



Prefeitura Municipal de Feijó
Secretaria Municipal de Saúde
Gestão Plena da Atenção Básica



RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: Diamantino

NOME: Rivaldo Gomes da Silva IDADE: _____

Paciente apresenta fratura do claví-
culo direito, decorrente de acidente
de motocicleta há 22 dias. Realiza-
do RX de confirmação. Ao momento
não tem dor, principalmente ao mou-
imento.



Dra Salete Henrique
Clínica Geral
CRM - MG 2246

Carimbo e Assinatura

Data: 24/05/19