

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FIRMO DA COSTA**

Nº Sinistro: **3180419307**

Vitima: **ANTONIO FIRMO DA COSTA**

Data do Acidente: **14/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180419307**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13361795



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FIRMO DA COSTA**
Nº Sinistro: **3180419307**
Vitima: **ANTONIO FIRMO DA COSTA**
Data do Acidente: **14/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180419307**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13369889



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FIRMO DA COSTA**
Nº Sinistro: **3180419307**
Vitima: **ANTONIO FIRMO DA COSTA**
Data do Acidente: **14/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180419307**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180419307 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FIRMO DA COSTA **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 518.174.704-34	Nome completo da vítima ANTONIO FIRMO DA COSTA
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANTONIO FIRMO DA COSTA	CPF titular da conta 518.174.704-34	Profissão Autônomo
Endereço Rua JOSÉ ARNOBIO ALBUQUERQUE	Número 69	Complemento CASA
Bairro NOVO HORIZONTE	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PARAIBA
CEP 58.400-000		Telefone (DDD) (83) 99827-8855
Email BALBINOS CG @ HOT MAIL. COM		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGENCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGENCIA NRO. 0041 D/V _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 522747 D/V 5 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CAMPINA de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Antonio Firmo da Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000492/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000492/18 registrada em 24/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:15 horas, compareceu o Sr. ANTONIO FIRMO DA COSTA, com 54 anos de idade, filho de HERMES FIRMO DA COSTA e MARIA EUNICE DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 56.150.928-1, expedido pela SSP-SP, com C.P.F. de Nº 51817470434, residindo à rua JOSÉ ARNÓBIO ALBUQUERQUE, 69, bairro NOVO HORIZONTE, na cidade de Campina Grande - PB, celular 9-8780.0407.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 17h50min do dia 14.08.2018, estava pedalando a sua bicicleta pela ciclovia da Rua Gasparino Barreto, bairro do Cruzeiro, nesta cidade de cidade de Campina Grande/PB, quando foi surpreendido por uma motocicleta de marca, placa e demais características não identificadas, inclusive o motociclista, o qual realizou uma manobra brusca à esquerda, vindo a atingir o comunicante, que em decorrência do impacto foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos em anexo, enquanto que o motociclista evadiu-se do local sem ser identificado; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 24 de Agosto de 2018

ANTONIO FIRMO DA COSTA

Declarante

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ANTONIO FIRMO DA COSTA

CPF da Vítima

518.174.704-34

Data do Acidente

14/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

C. GRANDE-B. de Setembro de 2018

Local e Data

* Antonio Firmo da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	14/8/2018	HORA:	18:17 HRS	ID Nº:	1717351
NOME:	ANTONIO FIRMO DA COSTA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA: GASPARINO BARRETO - ROSA CRUZ				
COMPLEMENTO:	PROXIMO AO MERCADINHO DE SOUSA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 4 de setembro de 2018.




Deodécio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

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: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FIRMO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000522747-5

Nr. da Autenticação 5280E8F5DF0AC1E2



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

12094528

REFERÊNCIA

AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ARIOSVALDO SERAFIM DA SILVA
RUA JOSE ARNOBIO ALBUQUERQUE, 569 - NOVO HORIZONTE
CAMPINA GRANDE/PB 58400-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.055.085.0169.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A03X094957	13/01/2004	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)		NUM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA
500		510	10		30		31/08/2018
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017/H5.							
JUL/2018	12	0	PARÂMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2018	11	0	TURBIDEZ		0	0	0
MAI/2018	10	0	CLORO		0	0	0
ABR/2018	13	0	COL.TERMOT		0	0	0
MAR/2018	10	0	COR		0	0	0
FEV/2018	12	0	COL.TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)	11		DADOS REFERENTES A: JUN/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 01/08/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:17:25

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

R\$ 37,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

15/08/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET-2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



041892 ANTONIO FIRMO DA COSTA
15-08-2018

COMPET. / PREVIDÊNCIA S/A

16-SET-2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1713307 CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 14/08/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sabrina Cavalcante Pereira Araújo

PACIENTE: ANTONIO FIRMO DA COSTA CEP: 58400-102 Nascimento: 05/02/1964

Endereço: ANOIBO NUNES DE ALBUQUERQUE Sexo: M Telefone: 99699407

Cidade: Campina Grande Idade: 054 Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL

Nome da Mãe: RG: Nº: 69 Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERA

Responsável: MARIA CPF: CNES: 51578

Estado Civil: União Estável Data de Atendimento: 14/03/2018

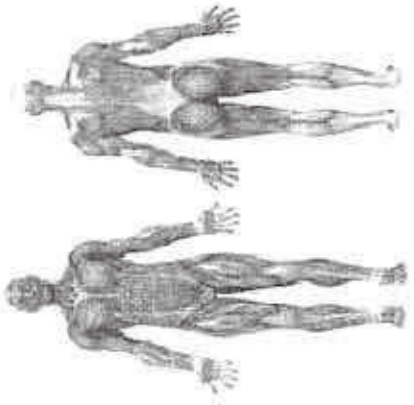
Motivo: QUEDA DE BICICLETA Hora: 18:41:26 CONVÊNIO: SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada
- 2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
- 3. Avulsão 21. Hematoma
- 4. Contusão 22. Injúria de tipo Venoso
- 5. Crepitação 23. Laceração
- 6. Dor 24. Lesão tendinosa
- 7. Edema 25. Luxação
- 8. Empalhamento 26. Mordedura
- 9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
- 10. Esmagamento 28. Objeto Encaixado
- 11. Equimose 29. Otorragia
- 12. F. Arma branca 30. Paralisia
- 13. F. Arma de fogo 31. Paralisia
- 14. F. Cortante 32. Paratetania
- 15. F. Corteite 33. Queimadura
- 16. F. Corte contuso 34. Rinite
- 17. F. Perfuração contuso 35. Sinais de Isquemia
- 18. F. Perf. Cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIAGNÓSTICO / CID: queimadura

Grau 1º Grau

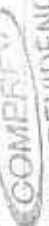
(12º Grau

(3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Gestor Clínico de Carimbo
Carimbo Geral
CRM: 4115

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente muito calmo, sem dor, sem perda de consciência.
No momento apresenta-se de dor em HSE (moderada) e no momento apresenta-se sem queixa respiratória ou cardiovascular.



COMPREV PREVIDENCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ALERGIA: nenhuma

MEDICAMENTOS: nenhuma

PATOLOGIAS: nenhuma

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tonografia Computadorizada

() Ultrassonografia:
() Radiografias: torax, abdome b, cervical

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia (nao da ortopedia) Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1 Voltagem 75v - 100 120v

RAIO X

REALIZADO EM: 14/08/2018



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	Antônio Augusto da Costa										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
	M	F	B	P	A						

DADOS CLÍNICOS:

Trauma ombro (E)

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:
14/08/18

EXAMES SOLICITADOS:

Rx Topax P.A. (E)
- Rx ombro (E)
Rx Coluna Cervical Perfil

Controle do ombro (E)

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

14/8/18

Genésio Cirilo de Carvalho
Cirurgião Geral

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SIC

Ficha de Acolhimento

Nome:	Antônio Firmino da Costa		
End:	R. Amadorio Vener Albuquerque 169 Bairro: Indaiá		
Data de Nascimento:	05.02.62	Documento de Identificação:	Pist. Industrial
Queixa:	Data do Atendimento: 12.08.18 Hora: 8:25 Documento: - 02		
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(X) Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

evangelista

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 110

Paciente externa com queixos Analítico pelo ortopedico.

Genesio Cirilo do Carvalho
Cirurgião Geral
CRM: 4725

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revela
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ubojor Medizin der Medeor

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CAO

TRADE

4410813 to 4020

The sum of terms on dog +

crepando eu andare (F) - seu autra

Gruenig do sp. utrolandian

4. Wren on moss.

$\mu = \int_0^1 \mu(x) dx$ da densidade

for control = vedants death

CO-Timbalano

Don't say

Aspirin

And para

Aos cuidados da cir. fev.

HTCG-Painel Admin

CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETROENCEFALOGRAMA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETRCARDIOGRAMA

TOMOGRFIA CMP.

UTI MÓVEL


Nome: Antonio Firmo da Costa

Rx. Ombro E.

Convênio:

Data: 16/08/18

**O exame mostra fratura cominutiva, ao nível do terço médio
distal da clavícula esquerda.**


Dra. Rosalie Andrade dos Santos
CRM 1508





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antonio Lima da Costa

foi atendido (às) hoje, às 20 (vinte)
horas, necessitando de 60 (sessenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0

Campina Grande, 14, 09, 18

Dr. Edilson Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7451
RPPS 24025

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antonio Guedes da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 08 / 18

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 7441
RPP-PE 21025

MOD. 120

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Artur Gomes da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 03 / 18

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Felipe Guadalupe
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 7451
RMT-PE 21025

MOD. 129

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

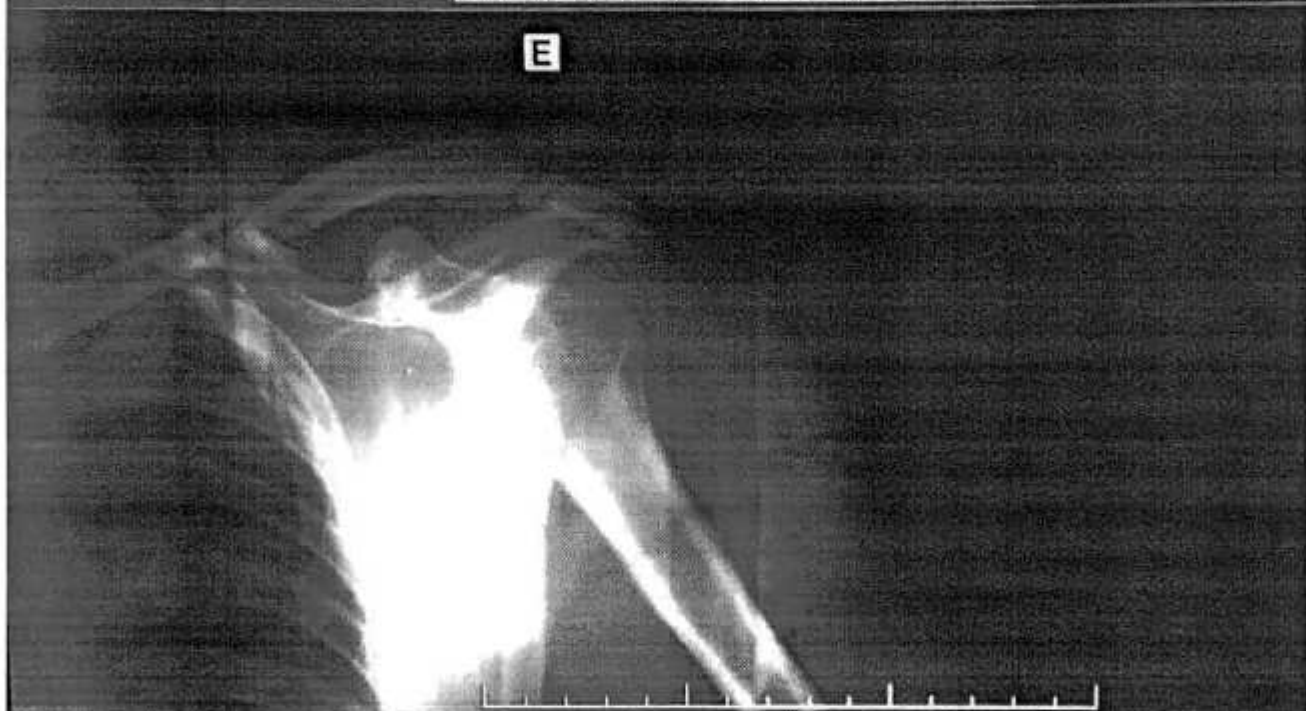
29 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

E



E



E



941892 ANTONIO FIRMO DA COSTA
16.08.2018

CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁXICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETRDENCEFALOGRAMA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL


Nome: Antonio Firmo da Costa

Rx. Ombro E.

Convênio:

Data: 16/08/18

**O exame mostra fratura cominutiva, ao nível do terço médio
distal da clavícula esquerda.**


Dra. Rosalie Andrade dos Santos
CRM 1508





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antonio Lima da Costa

foi atendido (às) hoje, às 20 (vinha)
horas, necessitando de 60 (semanas)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0

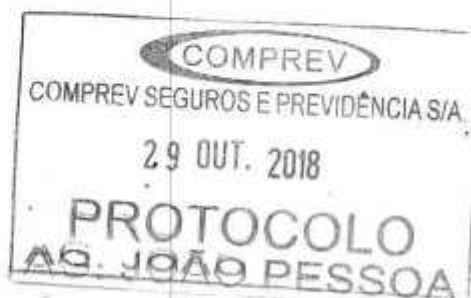
Campina Grande, 14, 03, 18

Dr. Felipe Queiroz
Classe de Radiologia
CRM-PB 1451
Rég. F.R. 21025

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



CIRUR. BUCO-MAXILO-FACIAL

CIRURGI GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETTROENCEFALOGRAMA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETTROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MOVEL


Nome: Antonio Firmo da Costa

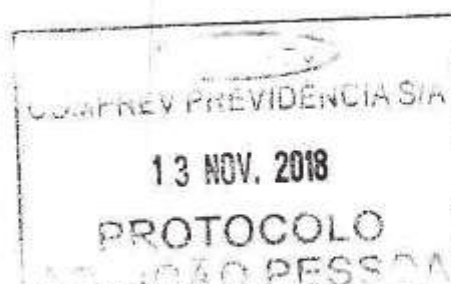
Rx. Ombro E.

Convênio:

Data: 16/08/18

**O exame mostra fratura cominutiva, ao nível do terço médio
distal da clavícula esquerda.**


Dra. Rosalie Andrade dos Santos
CRM 15087





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio Lima da Costa

foi atendido (às) hoje, às 20 (vinte)
horas, necessitando de 60 (sessenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0

Campina Grande, 14, 03, 13

Dr. Paulo Sérgio
Gonçalves
CRM - PB 1451
Rég. EE 24023

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 904

PREVIDENCIA S/A
13 NOV. 2013
PROTOCOLO
AC. HCAO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antonio Guedes da Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 14 / 03 / 13

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura da clavícula

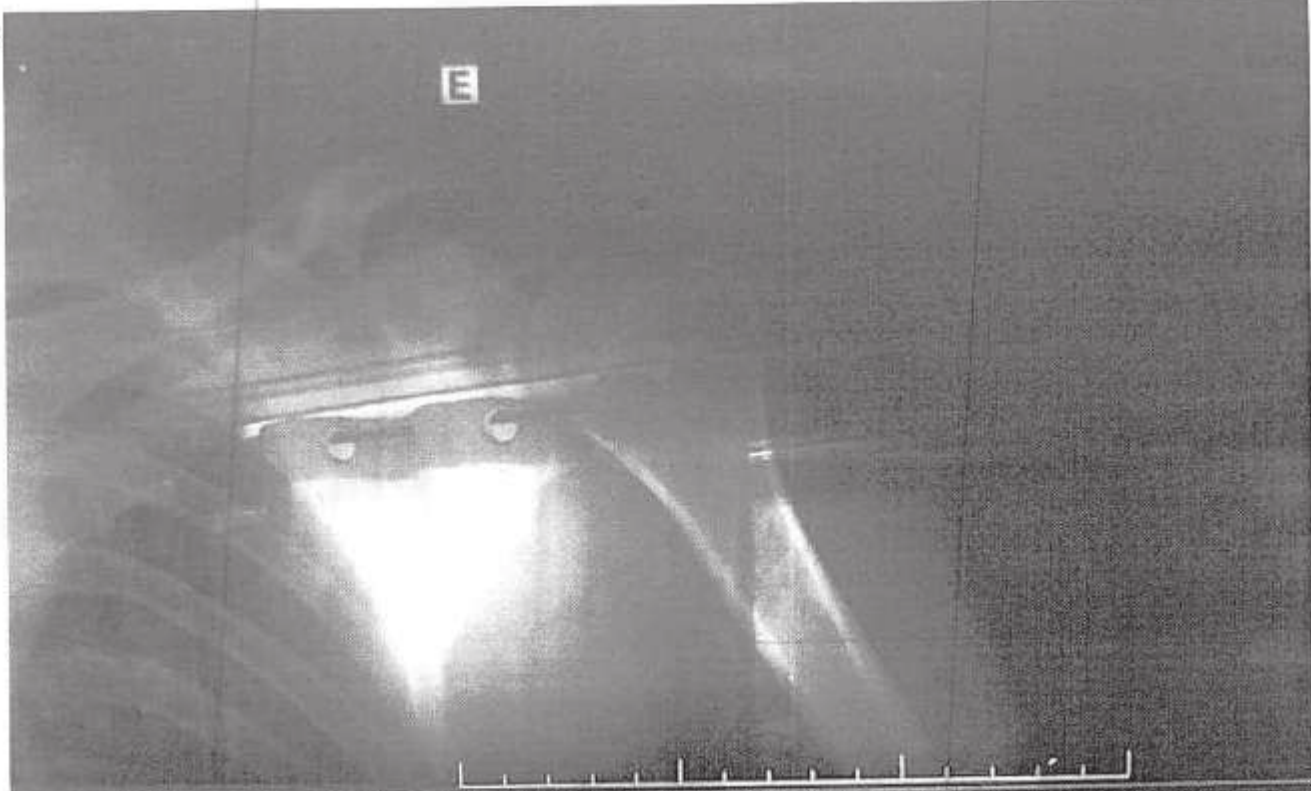
PROCEDIMENTO: trat. conservador

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-OR 7451
RA-PE 21025

MOD. 129



E



E



E



Q41892 ANTONIO FIRMO DA COSTA
16.08.2018



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.150.928-1 05/MAR/2012

ANTONIO FIRMO DA COSTA

HERMES FIRMO DA COSTA

E MARIA EUNICE DA CONCEIÇÃO

CACIMBA DE DENTRO -PB 05/FEV/1964

CACIMBA DE DENTRO-PB
CACIMBA DE DENTRO
CN:LV.A16 /FLS.158 /N.011021
518174704/34 PIS 12481920025

177 Delegado Divisionário
RUI ABRILHOSA DO DRETORE DA PGRG-ESP
LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

PROIBIDO PLASTIFICAR

8100-0

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Antônio Firmo da Costa

COMPREV PREVIDENCIA SIA
10 set. 2018
PROTECCIO
AG. 100 PESSOA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO FIRMO DA COSTA
DATA DO ACIDENTE 14/08/2018 CPF DA VÍTIMA 518.174.704-34
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ANTONIO FIRMO DA COSTA
ENDEREÇO DO PORTADOR R. JOSE ARNORSO ALBUQUERQUE
Nº 69 COMPLEMENTO PARA BAIRRO NOVO HORIZONTE
CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.400-000
E-MAIL BALBINOTCGO@hotmail.com TELEFONE (03) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUE FIZERAM
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ADAILTON SANTOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180419307 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FIRMO DA COSTA **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330141/18

Número do Sinistro: 3180419307

Vítima: ANTONIO FIRMO DA COSTA

CPF: 518.174.704-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 14/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO FIRMO DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 13/11/2018
Nome: ANTONIO FIRMO DA COSTA
CPF: 518.174.704-34

ANTONIO FIRMO DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330141/18

Número do Sinistro: 3180419307

Vítima: ANTONIO FIRMO DA COSTA

CPF: 518.174.704-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 14/08/2018

Titular do CPF: ANTONIO FIRMO DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 29/10/2018
Nome: ANTONIO FIRMO DA COSTA
CPF: 518.174.704-34

ANTONIO FIRMO DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330141/18

Vítima: ANTONIO FIRMO DA COSTA

CPF: 518.174.704-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 14/08/2018

Titular do CPF: ANTONIO FIRMO DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO FIRMO DA COSTA : 518.174.704-34

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: 10/09/2018
Nome: ANTONIO FIRMO DA COSTA
CPF: 518.174.704-34

ANTONIO FIRMO DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS