

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

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.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame Vítima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho
médico pericial: direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.

Realizou fisioterapia.

Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 666.640.554-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/08/2018

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ROBERTO DOS SANTOS : 666.640.554-49

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: 11/10/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- 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 A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: 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.

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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180480418

Vitima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

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 3180480418**.

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



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180480418**

Vitima: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

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 3180480418**, 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



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

Sinistro: **3180480418**

Vítima: **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

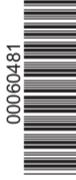
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180480418** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 com 16 ou 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

Nome completo da vítima

666.640.554-49

JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS	CPF titular da conta 666.640.554-49	Profissão MOTO BOY
Endereço RUA	Número	Complemento CASA
Bairro	Cidade JABOATÃO	Estado PE
Email	Telefone (DDD) 82)99634-5863	

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 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 |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
1232

D/V
7

CONTA

NRO.
0059460

D/V
1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name _____ NRO. _____

AGÊNCIA

NRO. _____ D/V _____

CONTA

NRO. _____ D/V _____

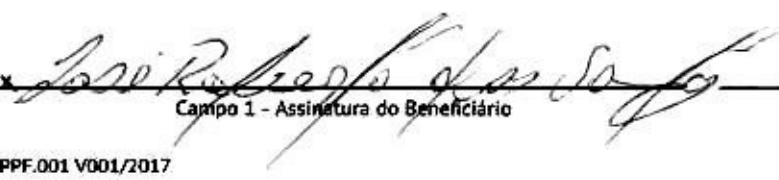
(Informar dígito se existir)

(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.

JABOATÃO, 10 de OUTUBRO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

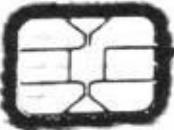
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

Crédito - Débito
Crediário

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



5067 3109 6581 4207

5067

07/19 1232 7 0059460

1 02 00

DIG VIA TIPO

VÁLIDO ATÉ AGENCIA DIG CONTA

JOSE ROBERTO DOS SANTOS



Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC
DIM/6ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0109005316

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/08/2018** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2018** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1** - Bairro: **CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO HOSPITAL DE IPOJUCA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (CACHORRO) (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ROBERTO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE ROBERTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GELSICLIADA SILVA SANTOS** Pai: **JOSE EUGENIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/10/1973** Naturalidade: **JABOATAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3834844/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**
Profissão: **MOTOBOM** Telefones Celulares:
- 81986184777

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MURIBECA DOS GUARARAPES (BAIRRO), 35, 1º TRAV FLOR DO MILHO CASA "A" - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIMAL (CACHORRO) (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **INESISTENTE** Pai: **INESISTENTE** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA DE MARCA HONDA MOD TITAN 150CC DE PLACA PEI 4832 DE COR AZUL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEI4832** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE: TRABALHA COMO MOTOTAXI A FREQUENTEMENTE FAZ UMA VIAGEM COM UM CLIENTE PARA A CIDADE DE IPOJUCA, NO REFERIDO DIA QUANDO A VITIMA JÁ ESTAVA VOLTANDO POR VOLTA DAS 17:30H, EM UMA VIA PROXIMO O HOSPITAL DE IPOJUCA, DE FORMA REPENTINA UM ANIMAL (CACHORRO) PASSOU EM SUA FRENTE VINDO A VITIMA JUNTAMENTE COM SEU CLIENTE DE NOME ALDO, QUE ESTAVA NA GARUPA A BATER NO ANIMAL SE DESEQUILIBRANCO A CAINDO SOFRENDO A VITIMA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, E SEU CLEINTE SO ESCORIAÇÕES A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE ESTAVA PASSANDO PELO LOCAL ATE A UNIDADE HOSPITALAR MAIS PRÓXIMA DE FOI PARA A UPA DE IPOJUCA EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS AGUARDANDO VAGA PARA CIRURGIA QUE SO FOI RALIZADA NA SANTA CASA DE MISERICORDIA, SEM MAIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

>
**JOSE ROBERTO DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **WILSON CÍCERO DE SOUZA - MAT. 273675-6** - Matrícula: **273675-6**



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

JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS

CPF da Vítima

666.640.554-49

Data do Acidente

10/08/2018

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 atende 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.

JABOATÃO de *OUTUBRO* de *2018*

Local e Data

José Roberto dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

José Roberto dos Santos
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01232-7

CONTA: 00000059460-1

Nr. Autenticação

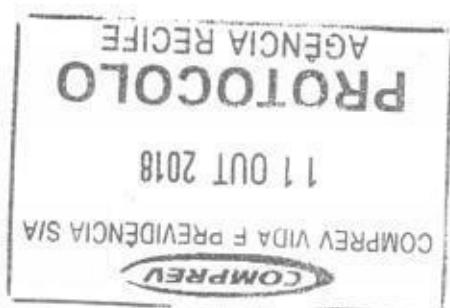
BRADESCO1912201805000000000237012320000005946084375 PAGO



CTC RECIFE PE PL3
JOSE ROBERTO DOS SANTOS
R MARIA HELENA 160
CAJUEIRO SECO
54330-610 JABOATAO DOS GU - PE

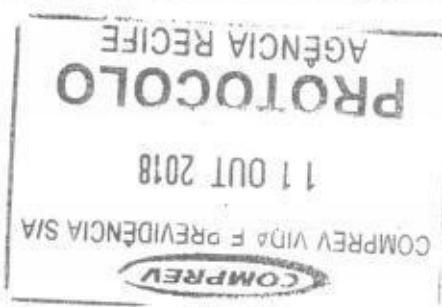


7209036539796210000000029830280518



Data: 15/08/2018 02:21

Acoplado(a) por: PRISCILAFC



Quixax Principal:	PACIENTE TRAZIDO DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO CÓM HISTÓRICO DE QUEDA DE MOTO, NO FINAL DA TARDE DE HOJE.
Observação:	SEGUINDO ENCAMINHAMENTO, HOUVE FRATURA EM CABEÇA DE RÁDIO/ULNA. FOI MEDICADO NO HOSPITAL DE ORIGEM.
Fluxograma sintoma:	NEGA HAS E DM. NEGA ALERGIA.
Discriminador(es):	- EVENTO RECENTE? - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Especiabilidade:	-
Alergia(s):	-
Sinais Vitais Lidos:	-

15/08/2018 02:21 - PRISCILAFC - COREN: 318381 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Nome Paciente:	JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS
Cod. Paciente:	506948
Data de Nascimento:	10/10/1973
Sexo:	Masculino
Idade:	44
Senha:	FN0004
Convenio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	796371

Capillary flow under pressure

1. *Leucosia* 2. *Leucosia* 3. *Leucosia* 4. *Leucosia*

1. *Pyrrhura* *caeruleata* (Linnaeus) *caeruleata*

87 80167

PROTOCOL

11 OUT 2018

TEL: 12.158
CRN: PE 16482
Mopedia@runmail.com
SOU Universidade Almeida

COMPRESA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

COMPREL

in our own opinion

15.11.2021

enior

Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la Plata
Avda. 520 - 4000 La Plata
Argentina
Tel. 011-4251-4351
Fax 011-4251-4352

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896 TEOT 11532

longimana n.

④ good enough for me! (F-m)

180

DATA HORA

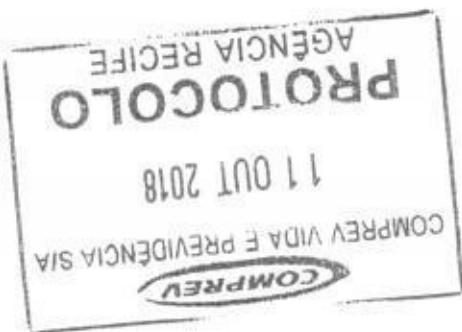
SOLINGA

13

EVOLUGAO CLINICA

SBS/HU SAM





Recife, 13 de Setembro 2018

↑
CRÉDITO 234946-F
Fisioterapeuta
Raiza Medeiros

(20) sessões de fisioterapia

Conduta adotada: cinessioterapia + eletroterapia.

Espéra do tratamento: eliminação do quadro algíco e banho de ADM.

Com ênfase principal em: cinessioterapia + eletroterapia.

Restrição de movimentos: flexão, extensão e rotação.

Movimento distal do rádio. Apresenta os seguintes sinais: Sensibilidade local, dor a palpação e ao

Vitima de acidente de trânsito no dia 20 de Agosto de 2018, apresentando diagnóstico de fratura da extremidade distal do rádio. Apresenta os seguintes sinais: Sensibilidade local, dor a palpação e ao

Paciente: José Roberto Dos Santos

RELATÓRIO DE AVAÍGÃO FISIOTERAPÉUTICA



CRM 17.884 - SE0113576
Curitiba - Paraná
Leonardo Pinheiro

CRM: 17884
Medico Responsável: Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO

Orientação:	Condição de Alta: Melhorado		
Principais:	S62.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO		
Diaognóstico:	Evolução / Conduita:		
Unidade:	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
	20/08/2018 10:21	23/08/2018 09:18	3 dia(s)

Relatório Médico de Alta:	Casa de Recife		
Nome:	JOSE ROBERTO DOS SANTOS		
Reg.:	598006	Pront.: 1142971	Cogn.: RETAGUARDA GETULIO
			Sexo: Masculino DT. Nascc: 10/10/1973
		Idade: 44	Admissão: 20/08/2018 10:21
			Alta: 23/08/2018 09:18
Operado sem intercorrências			
Admissão:	Fratura em punho direito por trauma		
Evolução / Conduita:	Fratura da extremidade distal do rádio		
Diagnóstico:	Operado sem intercorrências		
Unidade:	ENFERMARIA SÃO LUIZ		
Orientação:	Internação:		
	1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA COM 08 DIAS, AS 07:00H (MARCAR ANTES);		
	2) NAO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRURGICA.		
	3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMASIADOS.		
	4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA.		
	5) REALIZAR RADIO-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO.		
	CRM:		
	17884		



CRM 17.881 / SE001356
Leonardo Pinheiro
Loteraria da Paraíba

CRM: 17884
Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO

Obs:

CID: 5525 + M256

Fisioterapia: 20 sessões.

Prescrevo:

DATA: 29/08/2018

NOME: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

PRESCRICAO FISIOTERAPIA

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: stc-casa@ santacasa recife.org.br
Site: www.santacasa recife.org.br

SANTA CASA
MISERICÓRDIA



CRM 17.884 - SET 13.576
Tramitado - Dados Maiores
Loteria do Pinheiro

CRM:

17884

:

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO

CRM:

:

:

Condigao de Afila:

Melihorado

Condigao de Afila:

Melihorado

- 1) RETORNAR PARA REVISA O QUARTA-FEIRA COM 08 DIAS , AS 07:00H (MARCAR ANTES).
- 2) NAO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISA O CIRURGICA.
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAS DEDOS.
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA.
- 5) REALIZAR RAIOD-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISA O.

Orientagão:

Internagão:

Princípal:

Diagnóstico:

Evoluçao / Conduita:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

FRAUTURA EM PUNHO DIRETO POR TRAUMA

Admissao:

Sexo:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Sexo:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

Reg.:

Conv.:

Nome:

Relatório Médico de Alta:

Casa de Recife

SANTA CASA

CRM 17.884 - SET 13.576
Tramitado - Dados Maiores
Loteria do Pinheiro

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 15/08/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 15/08/2018
--	---

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jé Roberto dos Santos

LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE

Fratura de rádio.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

- tratamento cirúrgico (ostesosíntese clínica/pins + placa)

ALTA MÉDICA? SIM NÃO**EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?** SIM NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:**COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:** A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.**GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL** (especificar o segmento ou órgão atingido)**SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO**

1º dr local + deficit de força e de mobilidade - 100%

2º

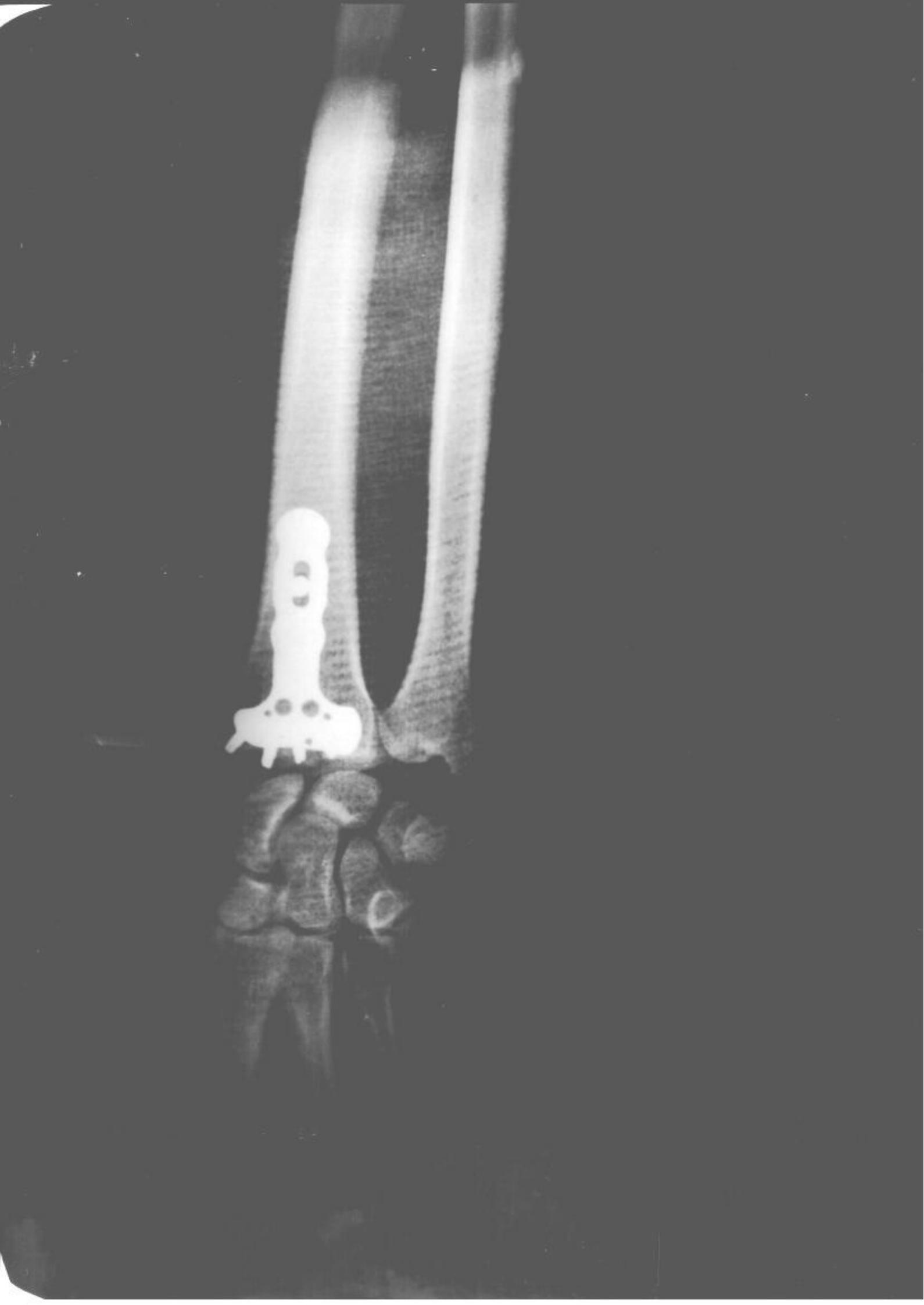
3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 15/08/18 A 23/08/18 **E**
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Dr. Jorge Arrijo Pontes
 Clínico Geral
 Mat. 2325381 - CRM: 6.200







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO
CARTERA PROVVISORIA DE HABILITAÇÃO



NOME

JOSE ROBERTO DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3834644 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
666.660.554-49 10/10/1973

FILIAÇÃO

JOSE EUGENIO DOS SANTO
S
GELSILIA DA SILVA SANT
OS

PERMISSÃO ACO CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
04804805951 26/07/2019 10/11/2009

OBSERVAÇÕES

EAR

CNTA

CNTF

João Roberto Soárez

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL DATA EMISSÃO
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE 26/07/2017

Charles Andrews Santos Ribeiro
Charles Andrews Santos Ribeiro
Diretor Presidente

05627736489
PE080574017

RESUMPTO DO EMISSOR

PERNAMBUCO

WVPA DAM 5

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1482787837

PROIBIDO PLASTIFICAR

1482787837

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE		Nº 013726662390	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
5MTX-TP N. 146		R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO
1	454405847	*****	2018
NOME JOSE ROBERTO DOS SANTOS			
JAB GUARRABEES-PE		D	
CPF / CNPJ		PLACA	
666.640.554-49		PEI4832	
PLACA ANT / JF		CHASSI	
***** / PE		2C2FC1660CRS27913	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA / MOTO-TAX		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CG 150 TITAN EX		2012	2012
CAP / POT / OIL		COR PREDOMINANTE	
2P / 149CL		AZUL	
COTA ÚNICA		VEND. COTA UNICA	VENC. COTAS
IPVA 2018 QUITADO		1*	*****
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
1		*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		1OF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
SEGURÓ PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
BEM RESERVADO POSSUIDOR: - JOSE ROBERTO DOS SANTOS			
<i>Charles Andrews Sousa Ribeiro</i>			
JAB GUARRABEES			
DATA 04/01/18			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE N° 013726662390 BILHETE DE SEGURO DRYVAT

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoratider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

0

JAB - GUARARAPES - PE

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	666.640.554-49	PEI4832
RENAVAM	MARCA / MODELO	
854406847	HONDA/CG 150 TITAN EX	
ANO FAB	CAT. FAB.	Nº CHASSI
2012	D9	9C2KC1660CR827913

- PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE IRÁ		KOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO IRÁ
SEGURO PAGO			
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNIB 09.242-600-001-04

DESENHOS E GUARDES SILENTES DPVAT
ELE NAO E DE POSTE OSRICATORIO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180480418

Nome do(a) Examinado(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria Helena, 160 - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP 54330-610

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 3834944 - sds-pe - 26/07/2017

Data e Local do Acidente : 14/08/2018 - Ipojuca, PE

Data e Local do Exame : 13/12/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de radio distal direito

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

Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vítima com cicatriz cirúrgica, bloqueio articular do punho direito, com flexão a 50 graus, extensão a 40 graus, deficit de força leve. Sem prejuízo no movimento de preensão

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

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:

limitação de grau leve do punho direito, com bloqueio articular

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 (*).

- Vide motivo do impedimento 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	Região Corporal
punho direito	_____
% do Dano () 10% residual (X) 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo	() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
_____	_____
% do Dano () 10% residual () 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo	() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

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.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame Vítima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho
médico pericial: direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.

Realizou fisioterapia.

Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Número do Sinistro: 3180480418

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 666.640.554-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/08/2018

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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: 29/11/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA