

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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190082683

Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OLAVO NUNES 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



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, 17 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190082683 **Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA**

Data do Acidente: 01/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OLAVO NUNES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: OLAVO NUNES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000237

Conta: 00000675-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

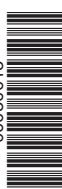
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
	092721484-00	OLAVO NUNES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: OLAVO NUNES DA SILVA	Endereço: R. MAFETADA	CPF: 042.721.484-00
Profissão: VIDADEIRO	Cidade: CONDE	Número: 5118
Bairro: CARAPIBUS	Estado: PB	Complemento: 58322-000
E-mail: CONSULT.DVS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	CEP: 58322-000	Tel.(DDD): 83 4343-2336

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" 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 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: 0237 CONTA: 00000675 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e 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 as custas da Seguradora Lider 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: 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aquele que apresentarem que é devidamente provado esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ao segurado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: <u>Conde PB, 30/03/2019</u>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RODO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
<u>Maria Cecília Gómez Silveira</u>	
Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

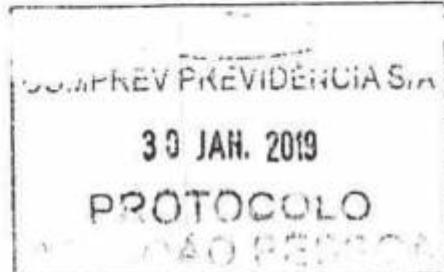
Assinatura

(*) 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.



Ag 0237
013
675-1





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08934.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08934.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 18:04 horas do dia 26 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Olavo Nunes da Silva, CPF nº 042.721.484-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vitraceiro, filho(a) de Maria Soares Nunes e Jose Nunes da Silva, natural de Conceição/PB, nascido(a) em 28/05/1981 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº SN, complemento CARAPIBUS, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Casa Roso, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98673-8047.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 008, Carapibus, Perto da Casa Roso, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 01/05/18 15:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR160 BROS ESDD, VERMELHA, 2015/2015, PLACA QFR3578/PB, CHASSI 9C2KD0810FR474684, registrada em nome de Antonio Nunes da Silva Neto, quando bateu na traseira de um CARRO NÃO IDENTIFICADO; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1223/2018, EXPEDIDO PELA DR^a ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 12.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 26 de novembro de 2018.

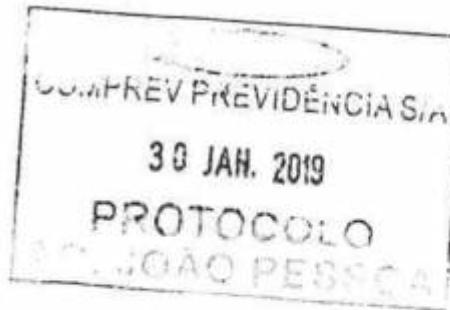
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação



OLAVO NUNES DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 08934.01.2018.1.00.401



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 03.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58055-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 811/005, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2059355, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente OLAVO NUNES DA SILVA idade 37 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01/05/2018, na PB 008, nas proximidades da Casa Rosa, Bairro: Carapibus - Conde - aproximadamente às 15:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 05 de Novembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
< Estatístico
CREIS^a Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COOPERATIVA PREVIDÊNCIA S.A.

30 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 11/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OLAVO NUNES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00237

CONTA: 00000000675-1

Nr. da Autenticação 512B4AA0B49783B7

.. TIM

Página 1 de 6

TIM Celular S.A.
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 3160-SL6
Tambauzinho - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - IE: 16.143.665-0
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pela TIM no Brasil

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/11/2018

EMISSÃO: 19/10/2018

POSTAGEM: 29/10/2018

FATURA: 3559269888

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 165481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/SET A 18/OUT

A Intelig Telecomunicações LTDA, comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não ocorrendo qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

Serviços TIM S.A.

VALOR

 TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)
TIM Portal CONTEUDO GOLD

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Ilimitado	481m06s	1	30	19/09 a 18/10	49,90
		1	30	19/09 a 18/10	Incluído
				Total de Mensalidades	49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	37m18s	23	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	429m54s	227	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Telef. Fixos	-	02m06s	1	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	11m48s	2	-	-	0,00
				Total de Chamadas Dentro da Rede TIM	0,00	

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 10341

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite www.meutim.com.br para mudar para Conta Digital.

IMPOSTO TIM S.A. ALÍQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST: R\$ 0,23
ICMS 30% R\$ 35,00 R\$ 10,50 FUNTTEL: R\$ 0,12
PIS/COFINS - Serviços Telecom 3,65%
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom 9,25%

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições do FUST [1%] e FUNTTEL [0,5%] não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídos no(s) Plano(s)

Franchisé(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franchisé(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

REV PREVIDÊNCIAS, A

30 JAH. 2019

PROTOCOLO
ADPEN



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000000165481214012	OUT/2018	19/10/2018	10/11/2018	R\$ 49,90

VIA BANCO

84650000000 - 1 49900109011 - 1 00355926988 - 5 80119257526 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690 499 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudio Nunes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 042 721 484 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Cláudio Nunes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042 721 484 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 294 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento	
<u>Av capitão José Penos</u>	<u>602</u>	<u>Sala 06!</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jaguaribe</u>	<u>José Penos</u>	<u>PB</u>	<u>58095</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>consult.prs. advogados@gmail.com</u>	<u>(83) 4141 2316</u>	<u>(83) 98667 0588</u>	

José Penos, 26 de janeiro de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Gólio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Nunes da Silva Neto,
RG nº 2173792, data de expedição / /,
Órgão SSP, portador do CPF nº 024435424-32 com
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ricardo Luciano, tibiri II, nº 68,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima OLAVO NUNES DA SILVA, cujo o condutor era
OLAVO NUNES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/NXR150 Bros

Ano: 2015

Placa: QFI 3578/PB

Chassi: 9C2KD0830FR474684

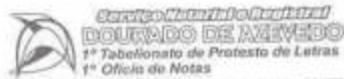
Data do Acidente: 03/05/2018

Local e Data: João Pessoa/PB, 23/01/2019

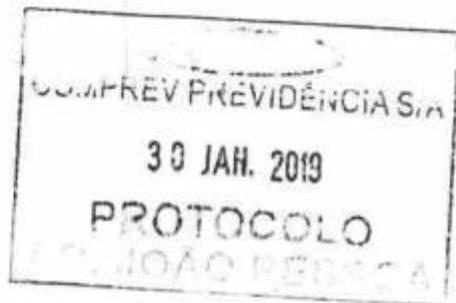
DOURADO
DE AZEVEDO

Antônio Nunes da Silva Neto
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) ANTONIO NUNES DA SILVA NETO
En test da verdade, Santa Rita-PB 23/01/2019 09:04:22
Gerlane Ribeiro da Costa - Escrevente Substituta
[2019-000717]ENDL:R\$ 19,91 FARPEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIC12400-VRYM
Confira a autenticidade em <https://calendinal.tjpb.mt.br>





CERTIDÃO

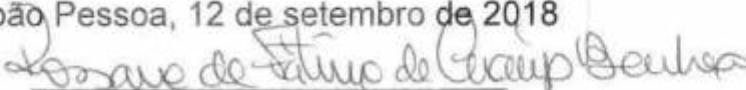
Nº. 1223/2018

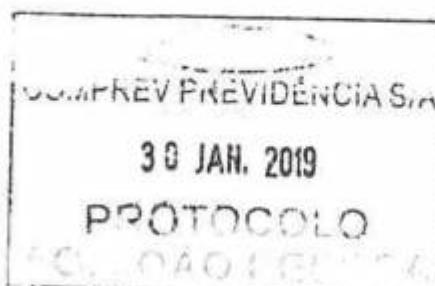
Atendendo solicitação de **OLAVO NUNES DA SILVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 124630 e Prontuário de Nº 2018.05.0086, pertencente ao requerente que foi atendido dia 01/05/2018 às 16H55min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 1/3 distal de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/05/2018, 15/05/2018 e 23/05/2018 com alta médica dia 25/05/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de setembro de 2018


Rossana de Fátima de Araújo Barbosa
CRM/PB 3533



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MMIGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 124630 Atd: Nao Regula
Data: 01/05/2018
Hora: 16:55:03
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: OLAVO NUNES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.05.000086

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 54614757 Fone: 87966120

Natural: CONCEICAO/PB Data Nasc.: 28/05/1981 Id: 36 ano(s)

End.: CARAPIBUS, 0

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF :PB

Mae: MARIA SOARES NUNES

Pai: JOSE NUNES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: OLAVO NUNES DA SILVA

/Doc. Responsavel: 87966120 / IDENTIDADE: 54614757

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO AA TARDE PROX

Vitima de violência por: DE CASA/COND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito		

Queixa Principal

Observacao

CARRO E MOTO COM ESCRIACOES COM TRAUMA NEGA DESMAIO SIC
EMAS E MI

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Realizou-se exame Fisico e observado
fim de ferida.

Diagnostico: ~~Noz pre-foz hipotensão arterial~~
~~No hospital para oriente de que no.~~

Prescricao

COMPRA PREVIDENCIA SIR

Horario da medicacao

30 JAN. 2013

PROTÓCOLO

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
R. 350, 350

09/05/18 Psicóloga Presente comentei, ou infarto, contactar aqui, caso haja alguma coisa, sentindo muitas dores. Fiz a escrita e seu acompanhamento, espera maria Aline. Deixo agora pra orientação.

Aiana Gomes
Psicóloga
CRP-13/4139

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PREV PREVIDÊNCIA S.A.

30 JAH. 2019

PROTOCOLO
DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido
[] Alta a pedido [] Enfermaria

[] Desistencia [] UTI
Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Nerice Aline da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Alano Henrique de Sá</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>01/09/18</u>	Cirurgião: <u>Torquato Junes</u>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <u>Hauer</u>	Tipo Anestesia: <u>Ronin</u>	Horário: <u>13:00</u> - <u>T.B. 10</u>			

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Tuberculose

benigne

G II

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Savagem desbridamento

sutura

tubé

COMPREV PREVIDÊNCIAS

30 JAN. 2019

Não houve externo DISPONÍVEL

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Descreva:

Dr. Torquato Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM 6250

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Alano Henrique de Oliveira</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>01/09/18</u>	Cirurgião: <u>Toribio Gomes</u>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <u>Franca</u>	Tipo Anestesia: <u>Própria</u>	Horário: <u>13:00</u>	<u>TB-10</u>		

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Tuberculose

peuva (T)

G II

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.

PROcedimento (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Savagismo colado frudamente

Jutura (T)

Jutura

Não houve horário EXTERNO DISPONÍVEL.

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Descreva:

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 6356

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

Nome: <i>Olavo Nunes da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>36a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>23 /05 /2018</i>				Cirurgião: <i>Thales Couceiro</i>	
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>				2º Assistente: <i>Valdeban (RJ)</i>	
Anestesista: <i>Luis Eduardo Imbelloni</i>				Instrumentador: <i>Karinthia</i>	

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Fratura do 1/3 Distal de Tíbia Esquerda</i>	<i>S82.4</i>

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>O mesmo</i>	

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 distal da perna esquerda

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 Placa Trevo Ø 4.5mm + Parafusos corticais + parafusos esponjosos

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

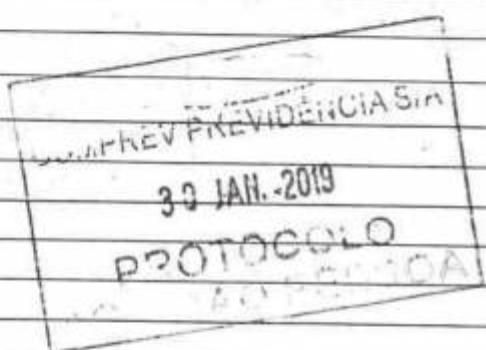
Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:



Data: 23/05/2018

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBO 9603

MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 01/05/18

Nome: Olávia Nunes da Silve Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /
QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

QUADRILHÃO PREVIDENCIAS S.A.

30 JAH. 2019

PROTÓCOLO

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____
Kg em _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 01/06/18

Nome: Olavo Nunes da Silveira

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____ Bairro: _____

Endereço: _____ Profissão: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento ____ / ____ / ____

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Uterícia []Tonturas []Outros: _____

30 JAN. 2018

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaleia []Fadiga []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia []Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

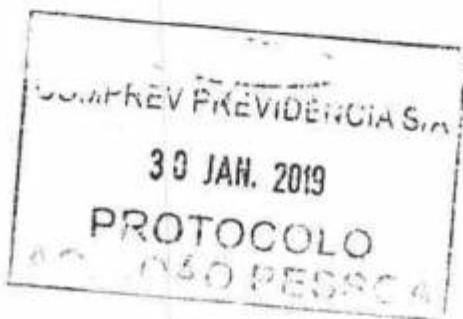
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

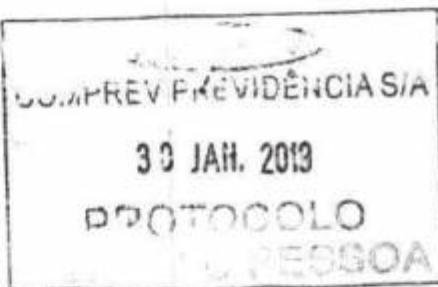
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Olavo Nunes da Silva</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE <i>36 anos</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>01 / 05 / 2018</i>		DATA DE ALTA <i>25 / 05 / 2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>24 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Terço Distal da Tibia Esquerda</i>				CID <i>S82.4</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura do 1/3 distal da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese. Recebe alta em boas condições clínicas. Recebeu orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não aplicar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
<i>25.05.2018</i>		<p><i>JOAOPESSA PREVIDÊNCIA S.A.</i> <i>30 JAN. 2019</i></p> <p><i>PROTHOMA</i></p> <p><i>Dr. Alexandre Galvão</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM 9128 SBT 9603</i></p> <p><i>ASS. MÉDICO / C.R.M</i></p>			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

79





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082683 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082683 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



GRILLO ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

OLAVO NUNES DA SILVA, brasileiro, união estável, vidraceiro, inscrito no RG de n.º 54614757 SSP/SP e CPF de n.º 042721484-00, residente e domiciliado a Rua Projetada, sem n.º, Carapibus, Conde/PB. Telefone 99699 9362- 98673 8047

OUTORGADO(S): MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, brasileira, casada, advogada, OAB/PB 17.295, portadora do RG 2.911.924 SSP/PB, CPF 051.691.444-29, com endereço profissional situado na Av. Capitão José Pessoa, 602 – Jaguaribe – João Pessoa-PB. Telefones 83 4141-2316/98663-0588.

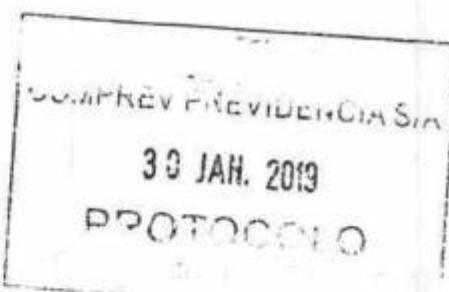
PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário OLAVO NUNES DA SILVA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa/PB, 09 de janeiro de 2019

 **OUTORGANTE**



OBS: Reconhecimento à firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035477/19

Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA

CPF: 042.721.484-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: OLAVO NUNES DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

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

OLAVO NUNES DA SILVA : 042.721.484-00

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: 30/01/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA