

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

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](http://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, 04 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190009173**

**Vítima: CARLOS ANTONIO COUTINHO**

**Data do Acidente: 24/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO COUTINHO**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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:

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo:

 Profissão:  
 Judante  
 Bairro:  
 Centro

Endereço:

 Cidade:  
 Caicara

CPF:

 Número:  
 501 807 74808  
 Complemento:  
 501 807 74808

Estado:

PB

CEP:

58000 000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

**DADOS CADASTRAIS**
 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

 ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0039

CONTA:

439 01

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 às 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 discordar do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 02/01/19*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

*\* Carlos Antônio Gatinha*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



02 JAN. 2019

Assinatura:  
**PROTOCOLO**  
**JOÃO PESSOA**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	301 807 74808	Carlos Antônio Gauvinho	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:	301 807 74808	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Mudante	Rua Hlegario b. Fernandes sn		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Caicara	PB	58000-000
E-mail:	Tel.(DDD):		

DADOS CADASTRAIS

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

## RENDIMENTO MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: **00371**  CONTA: **439 01**   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora 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 às 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 a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 02/01/19**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

**\* Carlos Antônio Gauvinho**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

**02 JAN. 2019**

Assinatura

**PROTOCOLO**  
**JOÃO PESSOA**

(\*) 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.





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



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

## **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 10056.01.2018.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10056.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:16 horas do dia 21 de dezembro 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Carlos Antonio Coutinho**, CPF nº 101.807.748-08, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante, filho(a) de Ana Soares Coutinho e Manoel Fernandes Coutinho, natural de Serra da Raiz/PB, nascido(a) em 05/02/1956 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aposentado Abel Odilon Paulo, Nº 52, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98669-0631.

### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Prefeito Antonio Miranda, Caiçara/pb, Caiçara/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/10/17 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

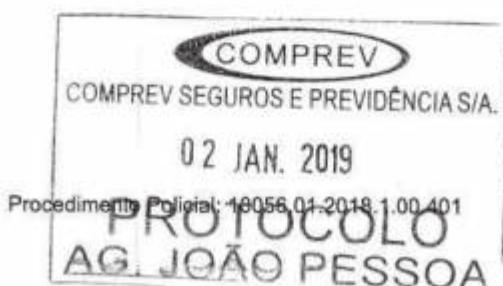
DIA 24/10/2017, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA OET-1390/PB E CHASSI 9C2J4110AR727969, PERTENCENTE A SENHORA MARIA DAS NEVES BARBOSA DA SILVA, SENDO QUE NA OPORTUNIDADE A MOTOCICLETA ESTAVA SENDO GUIADA PELO SENHOR GENILSON DOS SANTOS, QUANDO ESTE NOTIFICANTE SE DESEQUILIBROU E CAIU DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM TRAUMATISMO CRANIANO, COM CID S06.4, CONFORME LAUDO MÉDICO CONSTANTE NO PRONTUÁRIO 105017 ASSINADO PELO MÉDICO DR. JUAN JAIME ALCoba ARCE CRM/PB 3323; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

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, 21 de dezembro de 2018.

  
JOHSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
CARLOS ANTONIO COUTINHO  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	501 807 74808	Carlos Antônio Gatinha	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Nome completo da vítima:		
Profissão:	CPF: 501 807 74808		
Endereço:	Número: 5N Complemento:		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Caicara	PB	58000 000
E-mail:	Tel.(DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).											
<b>RENDIMENTO MENSAL:</b> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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								
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table>		<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)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)										
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)										
AGÊNCIA: 0039	CONTA: 439 01	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.			
<b>DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 discordar do seu conteúdo.

<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			

Local e Data: João Pessoa - PB 02/01/19 Nome: _____ CPF: _____		<b>TESTEMUNHAS</b> 1º   Nome: _____ CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina o RODO * Carlos Antônio Gatinha Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2º   Nome: _____ CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)		

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	301 807 74808	Carlos Antônio Gatinha	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:	301 807 74808	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Mudante	Rua Hlegario b. Fernandes sn		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Caicara	PB	58000 000
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

RENDIMENTO:	<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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 00371	AGÊNCIA: _____
CONTA: 439 01	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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 às 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 a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

\* Carlos Antônio Gatinha  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPRESSEURS & SISTEMAS

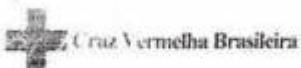
02 JAN. 2019

Assinatura

PROTOCOLO  
AO JOÃO PESSOA

(\*) 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.



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1036717



Identificação do paciente				
ID 1223456	Nome CARLOS ANTONIO COUTINHO			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/02/1956	Idade 61 anos 8 meses 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ANA SOARES COUTINHO				Pal MANOEL FERNANDES COUTINHO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ALINE - FILHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986315464	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 403814	Nº Cns 107832300760009		
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO				Tipo UNIDADESAUDE
Email	Naturalidade SERRA DA RAIZ	UF PB		
CBO/R				
Endereço				
CEP 58253000	Município de residência CAICARA	UF PB	Logradouro ALEGADO LUCIANO	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 24/10/2017 22:57:34	Número da pulseira <b>1000006148972</b>	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
<p style="text-align: right;">HED 24/10 de ns) de RA</p>				
<p style="text-align: right;">CID</p>				
<p style="text-align: right;">Tempo 01 min 21 seg</p>				
<p style="text-align: right;">COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</p>				
<p style="text-align: right;">02 JAN. 2019</p>				
<p style="text-align: right;">PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>				

Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES	24/10/18	Imprimir
<p style="text-align: center;">M<sup>a</sup> Daiana de S. Gomes Radiologia CRTR 02862T</p>		

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Bolso para sempre: pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 015.064.098



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 01.095.183 / 0001-48 Insc. Est. 16.015.823-0

## DAOS DO CLIENTE

DANIELLE FERNANDES  
RUA HOLEGARO LUCIANO FERNANDES S/N  
CAICARA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1554906-6

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

NOV/2018

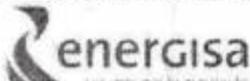
23/11/2018

99

30/11/2018

R\$ 57,93

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



SENHA DE SÓL

DANIELLE FERNANDES

Roteiro: 14-064-930-1800

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/12/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
30/11/2018	R\$ 57,93	1554906-2018-11-3







# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 017.412.630



LUZ. IMAGINAÇÃO. REALIZAÇÃO

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

### REFERÊNCIA

DEZ/2018

### APRESENTAÇÃO

19/12/2018

### CONSUMO

222

### VENCIMENTO

27/12/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 196,31

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

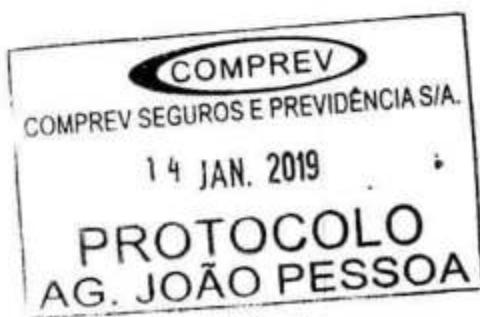
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/12/2018

DESTAQUE AQUI

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/12/2018	R\$ 196,31	1698358-2018-12-2



**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Alcioneira Lacerda Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Antônio Goutinho inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 101.807.748-08, do sinistro de DPVAT cobertura VALIDADE 3 da Vítima  
Carlos Antônio Goutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.807.748-08, conforme  
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: 18 JAN. 2019

Recuso informar

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

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. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Alameda Susal José do Duarte</u>		<u>157</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Mangabeira</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PE</u>	<u>58066-384</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>98663-4900</u>	<u>99105-5363</u>

João Pessoa 08 de Janeiro de 2019

Local e Data

Alcioneira Lacerda Duarte

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** Carlos Antonio Coutinho

**DATA DE NASCIMENTO** 05/02/56

**NOME DA MÃE** Ana Soares Coutinho

### DADOS EXTRAÍDOS

**PRONTUÁRIO N.º** 105017

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1036717

**DATA DO ATENDIMENTO** 24/10/17

**HORA DO ATENDIMENTO** 22:57

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** Trauma

**DIAGNÓSTICO (S)** Traumatismo craniano

**CID 10** S06.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com trauma de crânio há 02 dias, apresentou episódios de vômitos (há 02 dias) relata ingestão alcoólica, cefaleia sem confusão mental, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado, pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: hematoma extradural parietal esquerdo, sem desvio da linha média.

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano.

**ALTA HOSPITALAR:** 01/11/17

**DATA DA EMISSÃO:** 07/12/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DME, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,  
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



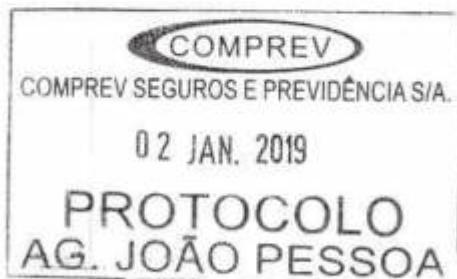
Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## Documento de Alta

<b>Nome:</b> CARLOS ANTONIO COUTINHO			<b>Número Prontuário:</b> 105017
<b>Data de</b> 05/02/1956	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 25/10/2017 00:38:32	<b>Data de Alta:</b> 01/11/2017 10:45:45
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> TRATAMENTO CIRURGICO			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, SENDO OPERADO EM 27/10/17 PARA DRENAGEM DE HEDA			
<b>Resultado de Exames:</b> TC CRANIO CONTROLE - MELHORA IMPORTANTE DO HEDA RESIDUAL CONTUSOES POR CONTRAGOLPE EM ABSORÇÃO			
<b>Tratamento:</b> CIRURGICO			
<b>Diagnóstico:</b> S06.8 - Outros traumatismos intracranianos			
<b>Recomendações:</b> RETORNO AMBULATORIAL NA NEUROCIRURGIA (HTOP)			

Data: 01/11/2017

Thaise Ellen de Moura Agra  
Neurocirurgia  
CRM 5247THAISE ELLEN DE MOURA AGRA  
CRM: 5247 - PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente CARLOS ANTONIO COUTINHO	SAE 1036717	Data/Hora Entrada 24/10/2017 22:57:34	Data Baixa
Data de nascimento 05/02/1956	Idade 61	Sexo Masculino	CNS 107832300760009
Mãe ANA SOARES COUTINHO			Telefone de Contato (83) 986315464
Endereço ALEGADO LUCIANO, SN	Bairro CENTRO	Município CAICARA	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo TRAUMA	Profissional ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS	UF PB
Data/Hora Classificação 24/10/2017 23:02:53		Data/Hora Prescrição 24/10/2017 23:26:18	Nº Cons. Regional 7104/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE CRANIO HÁ 2 DIAS. APRESENTOU VÁRIOS EPISÓDIOS DE VÔMITOS HÁ 2 DIAS (TEVE INGESTA ALCOÓLICA).

ELATAS CEFALÉIA, SEM CONFUSÃO MENTAL.

EF: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES

NEGA ALERGIAS. NEGA COMORBIDADES.

CD: TC CRANIO. ANALGESIA.

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA  
 CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

### CID10

Código	Descrição
I52.0	Dor aguda

### Induta

Em observação

Dr. Alegio C. Evangelista Barcelos  
Neurocirurgião  
CRM-PB 7104

ALEGIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS  
(7104/PB)

CARLOS ANTONIO COUTINHO

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 02 JAN. 2019  
 PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>CARLOS ANTONIO COUTINHO</b>		BAE 1036717	Data/Hora Entrada 24/10/2017 22:57:34	Data Baixa
Data de nascimento 05/02/1956	Idade 61	Sexo Masculino	CNS 107832300760009	Telefone de Contato (83) 986315464
Mãe <b>ANA SOARES COUTINHO</b>				Prontuário
Endereço <b>ALEGADO LUCIANO, SN</b>		Bairro CENTRO	Município CAICARA	UF PB
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>TRAUMA</b>	Profissional <b>ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS</b>		
Data/Hora Classificação 4/10/2017 23:02:53		Data/Hora Prescrição 25/10/2017 00:11:16		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula			Senha

### Anamnese

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE CRANIO HÁ 48 HORAS. APRESENTOU VÁRIOS EPISÓDIOS DE VÔMITOS HÁ 2 DIAS (TEVE INGESTA ALCOÓLICA).

RELATA EPISÓDIOS DE CEFALÉIA. SEM CONFUSÃO MENTAL.

EF: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES

NEGA ALERGIAS. NEGA COMORBIDADES.

TC CRANIO: HEMATOMA EXTRADURAL PARIETAL ESQUERDO DE 12 MM X 70 MM, SEM DESVIO DE LINHA MÉDIA OU COMPRESSÃO VENTRICULAR. CISTERNAS DA BASE LIVRES.

OD: INTERNAÇÃO. OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

<b>DIETA</b> DIETA ZERO, VIA NENHUMA	<b>COMPREV</b> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 02 JAN. 2019	<i>Dr. Alecio C. Santos Barcelos W. 2019 CRM-PB 7104</i>
---	--	--

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE DOR / FEBRE (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 10,0)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS) SE NECESSÁRIO NÁUSEAS OU VÔMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 4,0 MG SE NECESSÁRIO NÁUSEA OU VÔMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTS)

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHÃ)

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 100,0 MG VIA ORAL, 8/8H, SE NECESSÁRIO DOR (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 300,0)

LOSARTANA 50MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 50,0 MG VIA ORAL, 12/12H, SE NECESSÁRIO PA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 100,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL, DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO DOR (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 300,0)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG SE NECESSÁRIO DOR (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 300,0)

## CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

AFERIR PA E FC, (OBSERVAÇÕES: AFERIR DE 8/8H)

BSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

## Conduta

Internar Paciente

ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS  
(7104/PB)

*X* Dr. Aécio C. E. Santos Barcelos  
Neurocirurgião  
CRM-PB 7104

CARLOS ANTONIO COUTINHO





Enfe Francisco

## FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_

DO HOSPITAL: Regional de Guarabira

PARA O HOSPITAL: Emergência e Trauma

MÉDICO ASSISTENTE: Yrajá Arruda DATA: 24/10/17

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: Carlos Antônio Coutinho SEXO: M

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ IDADE: 615

ENDEREÇO: Rua Alegreio Custíano BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: Caixa Real ESTADO: PB

### ANAMÍSE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com  
de costas (sic) com trauma nosa a via  
occipital. Presença de hematomas (egressos)  
bilateral.

### MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

Voltarix 500mg

Solicito avaliação da Neurocirurgia

DIAGNÓSTICO: Lesões em Síese de Crânio?

PROVÁVEL: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.

02 JAN 2019

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO):

Yrajá E. de Arruda  
Cirurgia Geral  
CRM: 2597

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

α

HEETSHL

Nome: CARLOS ANTONIO CARVALHO BE/Prontuário: 1036717  
 Idade: 61 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 27/09/17  
 Clínica/Setor: NEURO cirurgia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: DRENAGEM HED Agudo  
 Cirurgião: João Lopes 1º Assistente: Edval S. Fer  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: PERC Horário: Início 18h Término 19h

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>HEMORRAGIA EPIDURAL</u>	
<u>Agudo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>DRENAGEM HEMORRAGIA</u>	
<u>EPIDURAL</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria

Terapia Intensa

Residência

Óbito durante Ato Cirúrgico

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. José Lopes de Souza Filho  
CRM-PB 6678  
Neurologia Neurocirurgia  
CNS: 888000407533674  
CPF: 003.044.854-83

João Pessoa,

27/09/17



Atendimento: 000000869657

Idade: 61 anos

Paciente: CARLOS ANTONIO COUTINHO

Data: 24/10/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Sinais de hematoma epidural na região parietal esquerda, com espessura de 1,8 cm e discreto desvio das estruturas da linha média em 0,3 cm.

Hematomas intraparenquimatosos em região temporal direita e frontal bilateral.

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

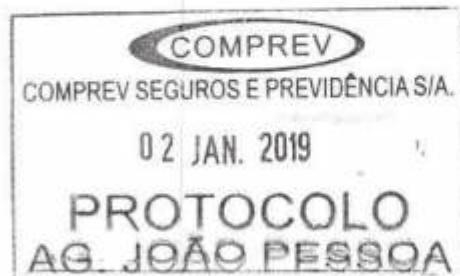
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



Este laudo foi liberado em 25/10/2017 00:41.

**Dra. Danielle C .S . Pereira  
CRM: 6088 - PB**

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE DECOBERTO DORSAL SOB  
ANESTESIA GÉRICA E RÉ  
ASSISTÊNCIA

Incisão:

INCISÃO TEMPORAL ESTOC D

Achados:

CRANIOGRAMA TENSOR MUSCULOS D

Conduta:

DRENAGEM VOLVOSO HÉMORRAGIA  
EPIDURAL POST. ESTOC D  
VOLVOSO D SUPPRESSOR D  
ANATOMIA CIRURGICA C  
OSTEOSÍNTESE D NYLIN 2  
INJUNTO DRENAGEM SUPPRESSOR D  
SÍNTESE DOS PONOS  
CRAS, VP OCCLUSIVO ESTERIL  
CRAS, VP OCCLUSIVO ESTERIL

Fechamento:

SARRA F CICATRIS CLÍNICO

Observação:

PERÍODO DRENAGEM 24HS

Médico/CRM:

Dr. José Lopes da Souza Filho  
CRM/PA 6876  
Neurologia / Neurocirurgia  
CNS: 888000407533674  
CPF: 053.044.854-83

27/10/17  
João Pessoa,

COMPRE  
COMPREV  
SEGURE  
PREVIDENCIASIA  
02 JAN 2019  
PROTÓCOLO  
AG. 1009 PESSOAS  
27/10/17





Documento de Alta

<b>Nome:</b> CARLOS ANTONIO COUTINHO			<b>Número Prontuário:</b> 105017
<b>Data de</b> 05/02/1956	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 25/10/2017 00:38:32	<b>Data de Alta:</b> 01/11/2017 10:45:45
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> TRATAMENTO CIRURGICO			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO , SENDO OPERADO EM 27/10/17 PARA DRENAGEM DE HEDA			
<b>Resultado de Exames:</b> TC CRANIO CONTROLE - MELHORA IMPORTANTE DO HEDA RESIDUAL CONTUSOES POR CONTRAGOLPE EM ABSORÇÃO			
<b>Tratamento:</b> CIRURGICO			
<b>Diagnóstico:</b> S06.8 - Outros traumatismos intracranianos			
<b>Recomendações:</b> RETORNO AMBULATORIAL NA NEUROCIRURGIA ( HTOP )			



Thaise Ellen de Moura Agra  
CRM 5247

Data: 01/11/2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA  
CRM: 5247 - PB



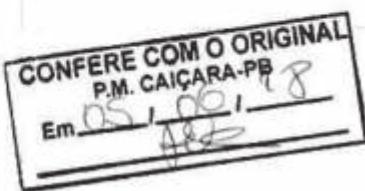
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIÇARA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

NOME: <u>Carlos Antônio Coutinho</u>	SEXO: <u>Masculino</u>
ENDEREÇO: <u>100 Olympia, Belo Horizonte</u>	Óbito N°: _____
NOME DA MÃE: <u>Anna Soares Corrêa</u>	Ocorrido em: _____
NOME DO PAI: <u>Manoel Fernandes Coutinho</u>	Causa: _____
Data de Nascimento: <u>05.02.56</u> Naturalidade: <u>Serra da Raiz</u> Est. Civil: _____	
Profissão: <u>Agricultor</u>	

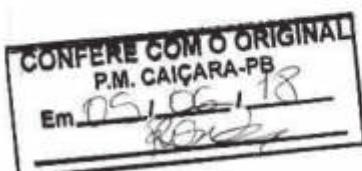
DATA	Consultas - Visitas - Exames de Laboratórios - Prescrições	DIAGNÓSTICO	RUBRICA
16/04/06	temp. 39°C		
	Uppr		
23/11/05	peso: 55,500g Cauda: ao médio	pt: 30x30 mm Vibe: Caus	Un
	Pecto ec sua pren. flacilis - o Cetos		
09/06/06	peso: 55,500g Cauda: ao médio	temp. 38°C pt: 80x60	Un
	Pecto ec off Pecto flacilis - o Cetos		
10/07/06	Bre. ao médio		
		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 02 JAN. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	

**CONFERE COM O ORIGINAL**  
**P.M. CAICARA-PB**  
Em 25/06/18  
Flávio

DATA	Consultas - Visitas - Exames de Laboratório - Prescrições	DIAGNÓSTICO	RUBRICA
21.03.08	Peso: 54 Kg. P.A: 100x70 mmHg. Circ. ao médio.		OK
	Pacote com 40% Pulpa de fígado de leste		
	Abacaxi 5 Fazendeiro de fígado LSD 740 x 102		
10.06.08	Encl. ao Médio		
01.08.08	Peso 56 Kg. P.A 120x80 mmHg. Encl. ao médio do leste - direitos + testes.		
		MC Maria Cláudia Kopp Médica CRM 3475	
06.10.08	Encl. ao Médio PE = 54,300 Kg.	P.A - 140x80 mmHg.	OK
	PE referindo tosse produtiva + moco que corr. PE + náuseas com vômitos civ. acho que é de soro.		
	PE tóxico, PE correcto, da direita da lata, P.A = 140x80 mmHg com clínica de gl. lactato 6.		
	col. 500 cc exames laboratoriais ex. de sangue Belosfera Encl. ao médico + testes.	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
			02 JAN. 2019
			PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA



DATA	Consultas - Visitas - Exames de Laboratório - Prescrições	DIAGNÓSTICO	RUBRICA
21.03.06	peso: 54 kg. $PA = 100 \times 70 \text{ mmHg}$ Cm. as medidas.		010
	Paciente com glosa Pectus exsternum Leucose		
	Amoxilina 500 mg a cada 8h Fenile 700 mg a cada 8h		
07.06	cm. as medidas		
03.08.06	Peso 56 kg PA 120x80 mmHg cm. as medidas do bumbum - direitos + testes.		
	<i>Maria Cláudia Roga Médica CRM 1422</i>		
26.10.09	cm. as medidas PE = 54,300 kg.	PA = 140x80 mmHg.	010
	PE referindo tosse produtiva + moco que creme. PE + náuseas com vômitos civil. Náuseas com vômitos.		
	PE exame. PE correta da data da tese, para mim um anh com domínio qd. bom.		
	col. glosa exames laboratórios ex. de tese	COMPREV	
	pele correta exames anh. mafod. anh.	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
	<i>Maia</i> Médica CRM 1422	02 JAN. 2019	
		PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIÇARA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

NOME: Carlos Antônio Coutinho SEXO: Masculino  
 ENDEREÇO: Av. Olímpio Guimarães Óbito Nº:  
 NOME DA MÃE: Anna Soárez Cor. Túlio Ocorrido em:  
 NOME DO PAI: Manoel Fernandes Coutinho Causa:  
 Data de Nascimento: 05-02-56 Naturalidade: Seca da Baix Est. Civil:  
 Profissão: Agricultor

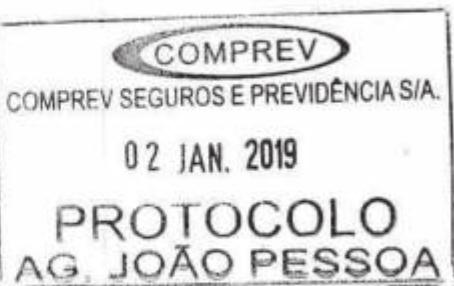
DATA	Consultas - Visitas - Exames de Laboratórios - Prescrições	DIAGNÓSTICO	RUBRICA
<u>16/04</u>	<u>temp. 39°</u>		
<u>02</u>	<u>Upp</u>		
<u>23/05/05</u>	<u>peso: 55,500g. PA: 120x80 mmHg</u>	<u>Obesidade</u>	<u>(lin)</u>
	<u>Brancos médios</u>		
	<u>Pacote de fuma</u>	<u>Tabaco</u>	
	<u>Alcool</u>	<u>Alcool</u>	
	<u>Cetoterap</u>		
<u>09-03-06</u>	<u>peso: 55,500g. temp. 38° PA: 80x60</u>		<u>(lin)</u>
	<u>Brancos médios</u>		
	<u>Pacote de cíp</u>		
	<u>Fuma</u>		
	<u>Alcool e tabaco</u>	<u>Tab</u>	
	<u>Cetoterap</u>		
<u>10-06</u>	<u>Brancos médios</u>		

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

Carlos Antônio Coutinho,  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Ajudante, CI RG nº 2103.814,  
CPF/MF nº 101.8077-48-08, residente e domiciliado(a) à Rua  
Holé Gano Louciano Fernandes 51N,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone  
83-98663-4900, 99305-5363.

**OUTORGADO:** ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José  
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

**CARTÓRIO**  
VIEIRA BATISTA

João Pessoa, 19 de dezembro de 2018 **COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
**02 JAN. 2019**  
**PROTOCOLO**  
Carlos Antônio Coutinho **AG. JOÃO PESSOA**

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Rómulo Vieira Batista - Tubadão 1 - Bel - Rosângela Vieira Batista - Substituta  
Rua Elisa Penteado de Araújo, 40 - Mangabeira - João Pessoa - PB - CEP 58000-012 - João Pessoa - PB - Fone/Fax: (83) 3209-7258-8000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) des...  
CARLOS ANTONIO COUTINHO\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
En test. da verdade, João Pessoa-PB 19/12/2018 14:22:46  
Rikeley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO  
[2018-036500]EMOL:R\$ 19,48 FARPEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90  
SELO DIGITAL: AHY05918-YORT  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001896/19

**Número do Sinistro:** 3190009173

**Vítima:** CARLOS ANTONIO COUTINHO

**CPF:** 101.807.748-08

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/10/2017

**Titular do CPF:** CARLOS ANTONIO COUTINHO

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

**CARLOS ANTONIO COUTINHO : 101.807.748-08**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 09/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001896/19

**Número do Sinistro:** 3190009173

**Vítima:** CARLOS ANTONIO COUTINHO

**CPF:** 101.807.748-08

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/10/2017

CARLOS ANTONIO  
COUTINHO

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

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](http://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: 14/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

---

ALEXANDRA CESAR DUARTE

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001896/19

**Vítima:** CARLOS ANTONIO COUTINHO

**CPF:** 101.807.748-08

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/10/2017

**Titular do CPF:** CARLOS ANTONIO COUTINHO

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

### CARLOS ANTONIO COUTINHO : 101.807.748-08

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](http://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: 02/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA