
Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180417706

Vitima: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

Data do Acidente: 30/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417706.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICIO MEIRELES DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180417706**

Vitima: **MAURICIO MEIRELES DE SOUZA**

Data do Acidente: **30/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180417706**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

122.200.664-28

Nome completo da vítima

Maurício Meireles de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maurício Meireles de Souza	122.200.664-28	Ricardo
Endereço	Número	Complemento
R. S. José Nascimento	57	
Bairro	Estado	CEP
Roger	PB	58020-395
Email	Telefone (DDO)	
	(83) 98663-4900	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

AGÊNCIA
Nº:
_____ DV _____

CONTA
Nº:
_____ DV _____

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	Nº
Brasil		001
AGÊNCIA	Nº	DV
3277	8	7

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

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

José Pessoa 10 de Setembro de 2018

Lota e Data

Maurício Meireles de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

10 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01649.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01649.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:37 horas do dia 29 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Mauricio Meireles de Souza, CPF nº 122.200.664-28, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Geovana Nascimento de Souza e Antonio Cipriano Meireles, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/09/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino José Nascimento, Nº 57, bairro Roger, tendo como ponto de referência Lixão do Roger, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99657-5937.

Dados do(s) Fatos:

Local: Gildo Nóbrega, Próximo Ao Mercadinho, São Miguel de Taipu/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/09/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/XRE 300, ano e modelo:2017,de cor: preta e de placa:QFT 3005/PB,Chassi nº 9C2N1110HR005506, registrado em nome do notificante;QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão, quando a moto derrapou em uma elevação no asfalto, fazendo com que o notificante viesse a perder o controle da moto e caído ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0990/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 23.07.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pela ambulância ; 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, 29 de agosto de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

MAURICIO MEIRELES DE SOUZA
Noticiante



Procedimento Policial: 01649.01.2018.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Mauricio Meireles de Souza **CPF da Vítima** 322.200.664-28 **Data do Acidente** 30/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

José Pessoa, 10 de Setembro de 2018

Local e Data

X MURICIO MEIRELES DE SOUZA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58036-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 65304 Atd: Nao Regul.
Data: 30/09/2017
Hora: 15:49:23
Recepção: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MAURICIO MEIRELES DESOUZA

Num. Prontuario: 2017.09.004416

CNS: 163942820740002 Sexo: M IDENTIDADE: 3511104 Fone: 988220089

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/09/1996 Id: 21 ano(s)

End.: RUA SEVERINO JOSE NASCIMENTO, 57

Bairro: ROGER Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: GEOVANA NASCIMENTO DE SOUZA

Pai: ANTONIO CIPRIANO MEIRELES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: ACABADOR SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: IRMAO MARCELIO MEIRELES

Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Principancia: RUA

Transporte utilizado: VEIO DE AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO SAO MIGUEL DE TAIPU PROX

Vitima de violencia por: DA CIDADE DE PILAR HJ AS 14/0 CONDUTOR

1 | Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemias:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao:

Queixa Principal

QD DE MOTO, COM ESCORIACOES EM MSD, TRAUMA
CORTE CONTUSO EM PE DIREITO, NEGA TRAUMA NA
CABECA E TORAX

História - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

trauma no pés com dor que é moleca

Diagnóstico

Conduita

Prescrição

Horário da medicacão

COMPREV PREVIDENCIA S/A
10 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(Assinatura)

*Dr. Thales Lourenço
CRM 1137777592,
Ortopedia e Traumatologia*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qrde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				
343				
344				
345				
346				
347				
348				
349				
350				
351				
352				
353				
354				
355				
356				
357				
358				
359				
360				
361				
362				
363				
364				
365				
366				
367				
368				
369				
370				
371				
372				
373				
374				
375				
376				
377				
378				
379				
380				
381				
382				
383				
384				
385				
386				
387				
388				
389				
390				
391				
392				
393				
394				
395				
396				
397				

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

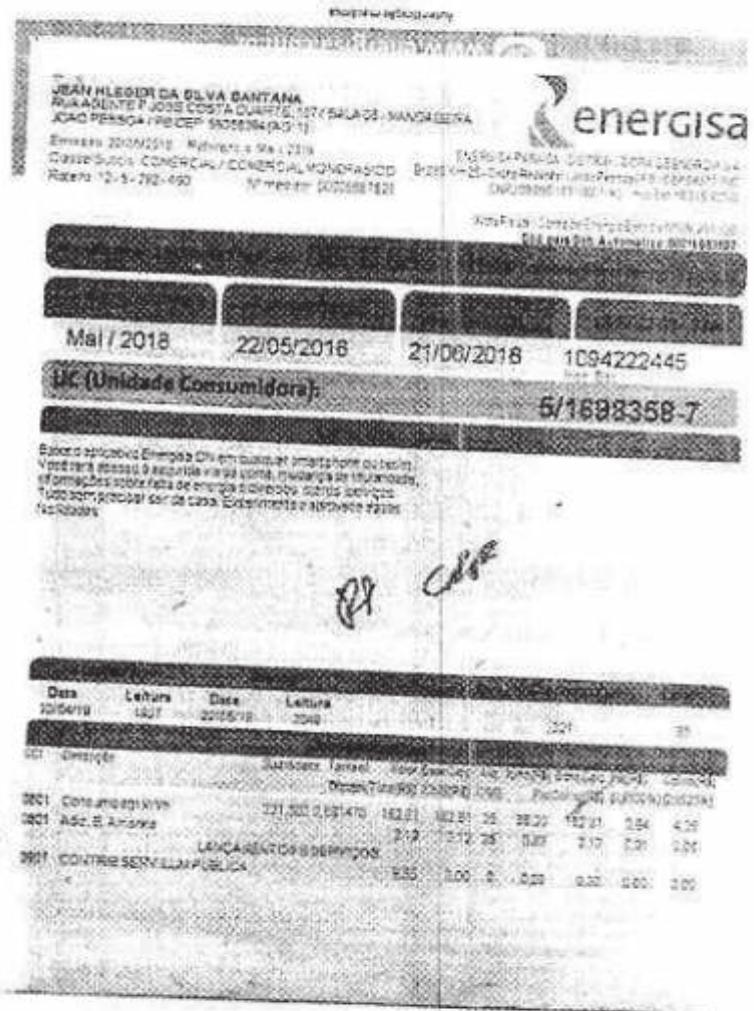
CLIENTE: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03277-8

CONTA: 000010040659-9

Nr. da Autenticação 21A89D2CC1600C0C



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 SUSEP³ 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 COAF⁴**.

³ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

⁴ 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 José Eduardo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 455.536.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maurício Meireles de Souza inscrito (a) no CPF sob o N° 122.200.664-28, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mauricio Meireles de Souza inscrito (a) no CPF sob o N° 122.200.664-28, 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. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Agente F. José Costa Duarte	Número	157	Complemento	Sala 06
Bairro	Mangabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	PE
Email		Telefone comercial (DDD)	(83) 98663-4900	Telefone celular (DDD)	58056-384

José Pessoa 10 de Setembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante





CERTIDÃO

Nº. 0990/2018

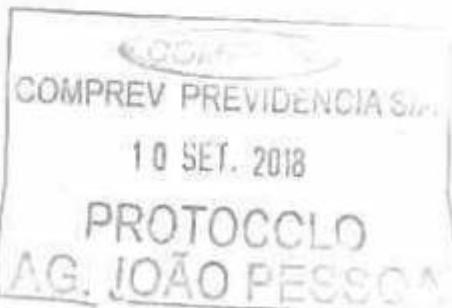
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº65304, e Prontuário de Nº 2017.09.4416 pertencentes a **MAURICIO MEIRELES DE SOUZA** que foi atendido dia 30/09/2017 às 15h49min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito(bimaleolar). Realizado procedimento cirúrgico dia 13/10/2017 com alta médica 14/10/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de julho de 2018

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 30/10/17

Nome: ANTONIO MEINELES DE SOUZA
Prontuário: _____ Idade: 21 ANOS Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 17/09/1996

QPD: DOP EM MEMBRO INFERIOR (TOMOZELA) DURA 04 HORAS

HDA: PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTA DOR FEMORAL, DEFORTINANTE. AO RX NAS INCIDÊNCIAS APT PERÍFIL, DF TOMOZELA DIREITO, EVIDENCIADA FRACTURA BIMALEOLAR.

Medicações em uso: NENHUMA (SIC)

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []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: [X]Dor TOMOZELA (D) []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

13/10/2010

Nome: <u>Marina M. Souza</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<u>Dr. Alexandre Nishimura</u>		1º Assistente:	<u>Dr. Turles Serrano</u>
2º Assistente:	<u>Dr. Leonardo</u>	3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	<u>Dr. Arnach</u>	Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

fratura hombro (D)

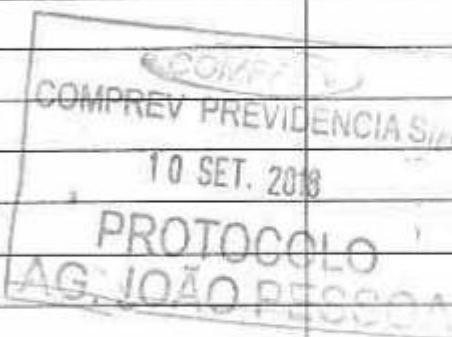
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Osteossintese hombro (D)

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO



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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:Doenças Anteriores: NBV HUM (sic)Alergias: NEGACirurgias: NEGA

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa []HTF

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: RX DE TORNOSCOLO(D) AP + P, com EVIDÊNCIA DE FRACTURA BIMALEOLAR.Hipóteses Diagnósticas: FRACTURA BIMALEOLAR DE TORNOSCOLO (D)Conduta: INTERVENÇÃO PARA TTO CIRÚRGICO

Dr. Thales Louceiro
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 11.720 / EOT 7592

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH sob efeito anestésico.
- ② Anepni, antissepsia + colocação de campos
- ③ Injeções taural
- ④ Desecção por planos + visualização fraco

Incisão:

- ⑤ Fixação com placa fuso de cano (?) frisos).

(6) Não há placa para fixação da fratura diafisária fibular. (Optada por via friso)

- Achados: fratura diafisária fibular. (Optada por via friso)
- ⑦ Injeções em T invertido

- ⑧ Desecção por planos.

- ⑨ Expon com 2 parafusos rosca paralela
- ⑩ Músculo posterior redutor, com → 25% les

Conduita:

- ⑪ União

- ⑫ Estabilização por planos.

- ⑬ Curvatura esternal + tubo soft

- ⑭ A RPA

Dr. Alexandre Y. Nishimi
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PB 10739 / TEOT 13561

Fechamento:

13.10.14

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.

10 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: 1 / 1

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA

Nome do paciente:

Sexo:

Sexo:

Altura:

Peso:

Idade:

Sexo:

Sexo:

Altura:

Peso:

Idade:

ORIENTAÇÕES PARA ALTA

DATA: _____

PERÍODO: _____

VALORES: _____

ESTADO: _____

ACORDOS FAZIDA:

DATA: _____

PERÍODO: _____

VALORES: _____

ESTADO: _____

ACORDOS FAZIDA:

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58036-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 65304 Atd: Nao Regul.
Data: 30/09/2017
Hora: 15:49:23
Recepçionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MAURICIO MEIRELES DESOUZA

Num. Prontuario: 2017.09.004416

CNS: 163942820740002 Sexo: M IDENTIDADE: 3511104 Fone: 988220089

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/09/1996 Id: 21 ano(s)

End.: RUA SEVERINO JOSE NASCIMENTO, 57

Bairro: ROGER Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: GEOVANA NASCIMENTO DE SOUZA

Pai: ANTONIO CIPRIANO MEIRELES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: ACABADOR SEM ESPECIFICAÇÃO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMAO MARCELIO MEIRELES

Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Pradencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO DE AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO SAO MIGUEL DE TAIPU PROX

Vitima de violência por: DA CIDADE DE PILAR HJ AS 14/0 CONDUTOR

[] 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
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Queixa Principal

Observacao

QD DE MOTO, COM ESCORIACOES EM MSD, TRAUMA
CORTE CONTUSO EM PE DIREITO, NEGA TRAUMA NA
CABECA E TORAX

História - Exame Físico (hora do atendimento medico)

*Fratura no pé com abertura
moleira.*

Diagnóstico

Conduita

Prescrição

Horário da medicacão

CONFIDENCIAL

COMPREV PREVIDENCIA S/A

10 SET. 2018

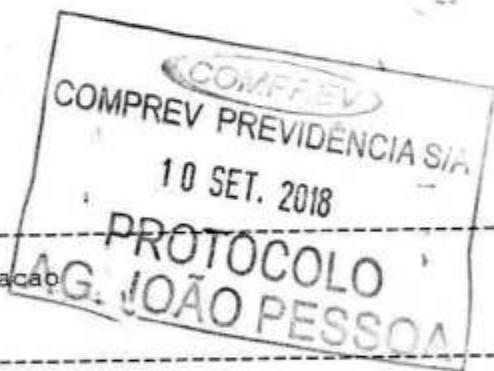
PROTÓCOLO

AG: JOÃO PESSOA

*Dr. Thales Louceiro
Oniopedia Traumatologia
CRM 11-1677592*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM



PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Momias Mueras de Gouzon

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

CERTIDÃO

Nº. 0990/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº65304, e Prontuário de Nº 2017.09.4416 pertencentes a **MAURICIO MEIRELES DE SOUZA** que foi atendido dia 30/09/2017 às 15h49min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito(bimaleolar). Realizado procedimento cirúrgico dia 13/10/2017 com alta médica 14/10/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de julho de 2018

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

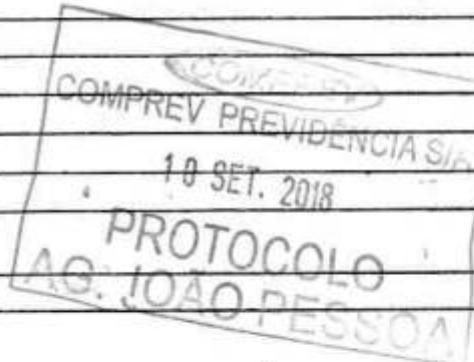
Data da Admissão: 30/09/17

Nome: AMERICIO MEINELES DE SOUZA
Prontuário: _____ Idade: 21 ANOS Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F()M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 17/09/1996

QPD: DOR EM MEMBRO INFERIOR (TOMOZELA) DIA HÁ 04 HORAS

HDA: PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTA
VOD, EDEMA, DEFORMIDADE. AO RX, NAS INCIDÊNCIAS APT PÉS/FIL, DF
TOMOZELA DIREITO, EVIDENCIADA FRATURA BIMALEOLAR.

Medicações em uso: NFTUMA (SIC)



Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []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: [X]Dor TOMOZELA (D) []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

13/10/2018

Nome: <u>Marino M. Souza</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<u>Dr. Alexandre Nishimura</u>		1º Assistente:	<u>Dr. Tiago Serrão</u>
2º Assistente:	<u>Dr. Leonardo</u>	3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	<u>Dr. Dornach</u>	Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura hombro (5)

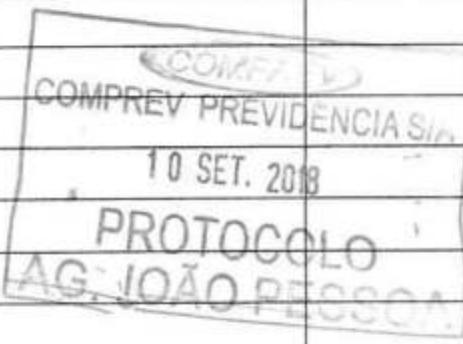
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Osteossíntese hombro (1)

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO



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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:Doenças Anteriores: NBVHUMA (sic)Alergias: NEGACirurgias: NEGA

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa []HTF

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♦ _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: RX DE TORNozELO(D) AP + P, com EVIDÊNCIA DE FRACTURA BIMALEOLAR.Hipóteses Diagnósticas: FRACTURA BIMALEOLAR DE TORNozELO (D)Conduta: Hospitalização para TTO cirúrgico

Dr. Ináles Couceiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM 11.720 / TEOT 7592

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH sob efeitos anestésicos.
- 2) Anéptico, antiseptico + cobertura de campos
- 3) Injeções tópicas
- 4) Dissecção por planos + visualização frascos

Incisão:

- 5) Fixação com plástico de cano (?) frascos).

Achados:

- 6) Nár. na placa menor para fixação da fratura diafíse. (Optado por via frascos)

- 7) Injeções em T invertido

- 8) Dissecção por planos.

- 9) Exponer com 2 parafusos rosca parcial

- 10) Músculos posteriores reduzidos, com + 25% lesos

Conduta:

- 11) Uniper

- 12) Estabilizar por plástico.

- 13) Cirurgia estética + lata sofre

- 14) A MPA

Dr. Alexandre Y. Nishimi
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Câncer e Coloproctologia
 CRM-PB 10759 / TEOT 13567

Fechamento:

13.10.18

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.

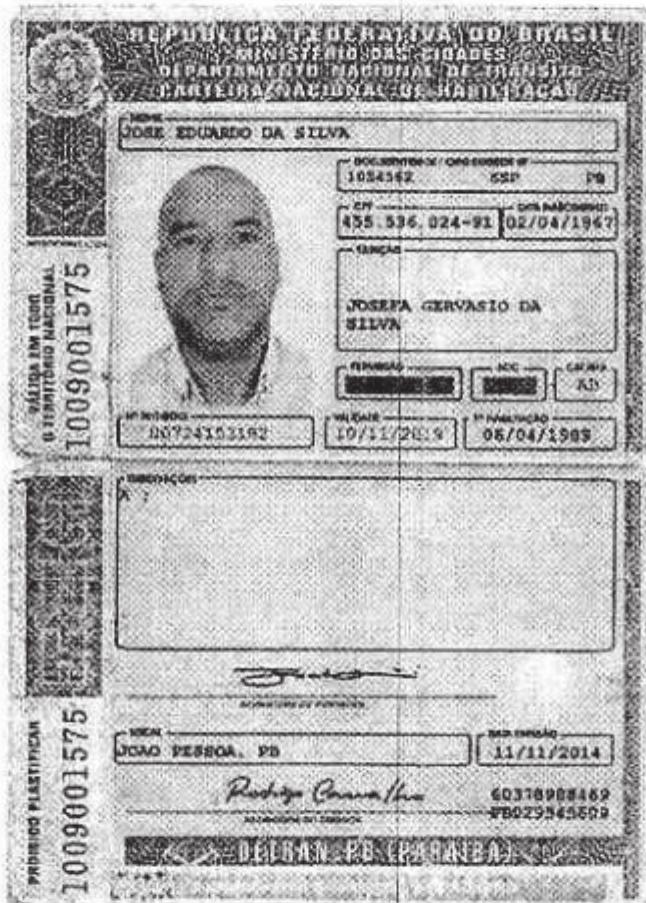
10 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM





COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.
10 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417706 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180417706 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ORGÂNICO:
Mauricio Almeida de Souza, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão auxiliar de acabamento, CI RG nº 3.511.104, CPF/MF nº 122.200.664-28 residente e domiciliado(a) à Rua 2. Sereino Jose Vassouras, 57, Rego, Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58020-395, telefone 99340-1170, 98603-4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 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 Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

José pessoa - PB, 20 de agosto de 2018.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTÓCOLO
M.G. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE



SERVICO NOTARIAL VIVIRIA BATISTA 2º OFICIO DISTRITAL
Belo Horizonte-Viviria Batista - Técnic(a) - Belo Horizonte-Viviria Batista - Sistematizadora

Resumo: Como autenticar a verdadeira identidade de um usuário.

MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

Exhibit 14 - Redacted Inc., Reg. No. 20-38100/2013-10-31, D/C

ta testada verdade. João Pessoa - RJ 27/08/2003 11:51:32
Parte das alterações da Série Basta o ESPERANTE ATÉ OS 200

~~PARCIELE DE RIESENBERG AS SALTUS MONGIS - GEMANTIC HOLLOW~~
~~72010-0410647ENR 181 49 47 TERTIARY 1 700000 1 300000 D~~

LEVIN-0416643-BELTONE \$7.40 FRUITLAND CLOTHESLINE 1, 100' FENCE 100' 50' HORNELL
SEL'D. 10/17/74. AM 16574-7255

Confira a autenticidade em <https://sej.uol.com.br> | Apoio: 40-30

CONTATO: 0 800-111-1111 | 300-555-1234 | joaoPest

FEIRA DE

Digitized by srujanika@gmail.com

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328959/18

Número do Sinistro: 3180417706

Vítima: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

CPF: 122.200.664-28

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2017

Titular do CPF: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328959/18

Vítima: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

CPF: 122.200.664-28

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2017

Titular do CPF: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

MAURICIO MEIRELES DE SOUZA : 122.200.664-28

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA