

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON HONORIO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00713

CONTA: 000000014105-2

Nr. da Autenticação 8F7745CAC2E9A372

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190544565 **Cidade:** União dos Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON HONORIO PEREIRA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PARAFUSOS ESPONJOSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190544565

Vítima: JAILSON HONORIO PEREIRA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON HONORIO PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JAILSON HONORIO PEREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000713

Conta: 0000014105-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Atend -> 436202

Warning: pg_result() [function.pg-result]: Unable to jump to row 0 on PostgreSQL result index 2 in
 /var/www/html/saovicentede paulo/comum/tabelas_pai.class.php on line 230

Warning: pg_result() [function.pg-result]: Unable to jump to row 0 on PostgreSQL result index 29 in
 /var/www/html/saovicentede paulo/comum/tabelas_pai.class.php on line 230



HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
 MATERNIDADE SANTA CATARINA



HOSPITAL SÃO
 VICENTE DE PAULO
 CNPJ 12.383.618/0006-7

Data:
 21/12/2018
 Hora: 11:07

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que o(a) sr(a) **JAILSON HONORIO PEREIRA**,
 foi atendido(a) na urgência deste hospital no dia 25/11/2018 das 20:00 às 21:00
 sob os cuidados do médico **ELIELTON CAVALCANTE SILVA - CRM 7119**

União dos Palmares, 31/12/2018

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
 Cód.: 2705137

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Data: 25/11/2018

Hora: 20:00

Obra Social São Vicente de Paulo

Período: 25/11/2018 a 25/11/2018

Página: 01

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

Wilma Rajane da S. Oliveira
Faturista

N.P. 12.737.680/0001-00

Inst.: ISENTO

Cd.Pac: 212714

Nome: JAILSON HONORATO PEREIRA

M/A 25/ ATEND:436202 URG 340981

Nome: ANTONIA ABELARDA DA SILVA PEREIRA

Anexar Resultados dos exames

Idade: 42 anos

Data: 29/11/1975

Sexo: F

Completar exames

CPF: 1449444

CPF: 706248596417569

Fone: (82) 9153-8497

Data: 25/11/2018 20:00:20

End.: RUA FABIO CORREIA VIANA, n.º

End.: UNIAO DOS PALMARES UPAI

Bairro: ROBERTO C DE ARAUJO CEP:5780

CEIXAS

DIAGNOSTICO CID:

Tratamento

Tratamento de p... e ?

EXAME - FISICO

PROCEDIMENTO

Exame físico em
amb. @

1. Tramb 100mg SL
2. Voltaren 750 mg
3. Ro 1466

EXAME - OBSERVAÇÃO (INTERNACAO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

Unidade Médica

16-Acidente de trabalho()6-1 trabalhador formal

Obstetrícia

18-Obstetrícia. ()6-2 trabalhador informal

Unidade Cirúrgica

15-Acidente de trânsito()6-3 Acid. de trabalho

Dr. Elielton Cavalcante
Médico
CRM - AL 7119

TIPO DO ATENDIMENTO

Atendimento

12- Atenção Básica - PSF

Atendimento

Atendimento

Polegar Direito

Nome do Paciente Responsável

Nome do Paciente Responsável

Nome do Paciente Responsável

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Data: 25/11/2018

Hora: 20:00

Período: 25/11/2018 a 25/11/2018

Página: 02

ATENÇÃO AMBULATORIAL - SUS

N.P. 12.737.680/0001-00

Inst.: ISENTO

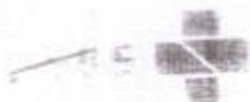
Cd.Pac: 212714

Nome: JAILSON HONORATO PEREIRA

M/A 25/ ATEND:436202 URG 340981

25 Administradora Médica
Cabalândia

21 O Patient encam
ao HGE -
atendimento



FICHA DE RETORNO
DE PACIENTE

17 HGE - encamado

1500 - atendido

COM. DO USUÁRIO

Indicação de atendimento

atendimento em HGE

atendimento em HGE - atendimento em HGE

LABORATÓRIO

Indicação de atendimento

ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

ASSINATURA

Dr. Eitelton Cavalcante
Médico
CRM - AL 7113



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR

Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JAILSON HONORIO PEREIRA

D. NASCIMENTO: 23/12/1975

Nº PRONTUÁRIO: 2849251

D. ATENDIMENTO: 25/11/2018

HORA: 22h:05min

ALTA: 05/12/2018

CID: S82

DIAGNÓSTICO: ➤ TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO

TRATAMENTO: ➤ CIRÚRGICO

ACHADO: ➤ FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

CONDUTA:

- EXAMES RADIOLÓGICOS E LABORATORIAIS
- AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
- FIXAÇÃO COM PARAFUSOS E FIOS K
- ANTIBIÓTICO
- ANALGESIA

*Manica Fernandes Barbosa
Médica
CRM 15500/AL*

Maceió, 28 de fevereiro de 2019.

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

Neste relatório estão expressas as informações constantes no prontuário.





HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

Reimido
INTERNADO

Nº ATENDIMENTO: 2849251

DATA: 25/11/2018

HORA: 22:05:01

9 9172 9845

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: JAILSON HONORIO PEREIRA

SEXO: MAS RAÇA/COR: PRETA

DATA NASCITO: 23/12/1975 IDADE: 42 ANOS CPF: 02045085414

MÃE: ANTONIA ABELARDA DA SILVA PEREIRA

RESPONSÁVEL/COMUNICANTE: DIELY BARBOSA PEREIRA (FONE: 994103284)

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CARTÃO SUS:

CIDADE: UNIAO DOS PALMARES/AL

BAIRRO: CENTRO

LOGRADOURO: RUA FABIO CORREIA VIANA N 429

Realizado C. T. Faltas S. C. TELEFONE PACIENTE:

OBSERVAÇÕES:

271-11-118
Ass. *Pollylady*

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: COLISAO

FORMA CHEGADA: AMBULANCIA-MUNICIPIO

PROCEDÊNCIA: UNIAO DOS PALMARES

SETOR: ORTOPEDIA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: SIM

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMA: NAO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Pet vítima de colisão moto-moto há 2 horas e meia. Sem outras queixas de dor, refere dor em joelho esquerdo e prejuízo da mobilidade.

Exame Físico:

BEB, eupneico, acianótico, anictérico, normoventilado e apnéico. Dor e prejuízo da mobilidade em joelho esquerdo.

Exames Complementares:



RAIO-X



SANGUE



URINA



TC



LIQUOR



ECG



ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Fratura

Conduta Clínica

- ① Radiografia de joelho
- ② Avaliação da ortopedia
- ③ Alta da cirurgia geral

Dra. Enany Precila Lemos
Médica
CRM/AL 126

Enfermagem



Certifico que a presente cópia
Confere com a Original.
O referido é verdade. Dou fé.
Macedo/AL
[Signature]
Secretaria
[Signature]

25124/38 Paciente refere que o caso começou com
dor na palma (5). No exame, lesão local, com
palpção. Rix e ulcera fistula de plano tubal.
Cis: internação hospitalar

[Handwritten signature]
Médico
CRM: 6887/A

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: COLÍAS
FORMA CHEGADA: AMBULANCIA-MUNICÍPIO
PROCEDÊNCIA: UNIAO DOS PALMARES
ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE: NÃO TRAUMA: NÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Questão Principal (História da Doença Atual)

1. História da doença atual: paciente com dor na palma da mão há 2 dias, com lesão local e ulcera fistula de plano tubal.

Exame Físico: 1. Inspeção: lesão local, com ulcera fistula de plano tubal.

Exames Complementares:

X RAIOS LÍQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA URINA SANGUE TC

Hipótese Diagnóstica:

Condição Clínica

Entendimento

[Handwritten notes and stamps]

[Handwritten notes and stamps]

BOLETIM OPERATÓRIO

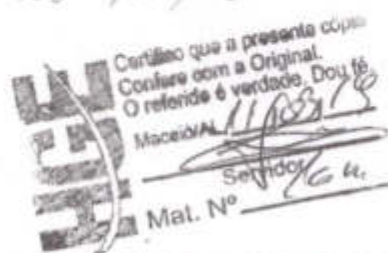
NOME: *Jaimes Narmen Lima* N. SOCIAL: IDADE: REG. *224924*
DATA DA CIRURGIA: *04/12/2019* HORA-ÍNCIO: HORA-TÉRMINO:
MÉDICO: *Dr. Felipe J. R. A.* MÉDICO AUXILIAR:
MÉDICO ANESTESISTA: *Dr. Joana Lima* ACADÊMICO:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

- ① PT em DD H. sob anestesia. Gargate novo MIE.
- ② Antissepse e colocação dos campos cirúrgicos.
- ③ Incisão em parte Esquerda (dupla incisão)
- ④ Abertura por pinos
- ⑤ visualização do foco de fratura.
- ⑥ Impossibilidade de fixação com placa
- ⑦ Fixação com 2 perfis espongiosos com enclas e 3 fios K 1,5mm
- ⑧ Irrigação com SF 0,9%
- ⑨ Sutura por pinos
- ⑩ Remoção do gargate
- ⑪ Curativo oclusivo e imobilização.

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

2 perfis espongiosos n 32 e 40, 60
2 enclas
03 fios K 1,5mm



Dr. R. D. D. D.
ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO

Data: 07/12/2018

Periodo: 07/12/2018 a 07/12/2018

Hora: 12:27

Pagina: 01

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P. 012.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTO

Nome: JAILSON HONORIO PEREIRA

Cd.Pac: 212714

Mae: ANTONIA ABELARDA DA SILVA PEREIRA

M/A 07/_ ATEND:438618 URG 342945

Idade: 43 ano(s)

EI Escolar

Data: 23/12/1975

Anexar Resultados dos exames

CPF: 1449455

Complementares

RG: 706208596417569

Fone: (82) 9153-8497

Data: 07/12/2018 12:27:29

End.: RUA FABIO CORREIA VIANA, n.º

Cidade: UNIAO DOS PALMARES UF: AL

Bairro: ROBERTO C DE ARAUJO CEP: 5780

QUEIXAS

DIAGNOSTICO CID: _____

avaliação ortopédica

EXAME FISICO

PROCEDIMENTO

PA 130 x 80 - 114

FC 104 bpm

CONDUCA () OBSERVACAO () INTERNACAO

NUS CONHECE ALEGRIA
nao conhece fora

NATUREZA DO ATENDIMENTO

- (X) 1- Clinica Medica () 6-Acidente de trabalho () 6-1 trabalhador formal
() 2- pediatria () 3-Obstetricia. () 6-2 trabalhador Informa
() 4- Clinica cirurgica () 5-Acidente de transito () 6-3 Acid. de trajeto

TIPO DO ATENDIMENTO

- () 1- Hospitalar () 2- Atencao Basica - PSF
() 3- Outros: _____

Exame solicitado: _____

Laudos: _____

maria Dione Barbosa da Silva Polegar Direito
Assinatura do Paciente ou responsavel

Assinatura ou carimbo do Medico

Assinatura do Diretor Responsavel

Outros: _____

HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO

Data: 07/12/2018

Periodo: 07/12/2018 a 07/12/2018

Hora: 12:27

Pagina: 02

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P. 012.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTO

Cd.Pac: 212714

bloco on +

HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO

Data: 13/12/2018

Periodo: 13/12/2018 a 13/12/2018

Hora: 09:41

Pagina: 01

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P. J12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENT0

Cd.Pac: 212714

Nome: JAILSON HONORIO PEREIRA

M/A 13/_ ATEND:439720 URG 343891

Mae: ANTONIA ABELARDA DA SILVA PEREIRA

Idade: 43 ano(s)

Anexar Resultados dos exames

Nasc.: 23/12/1975

RG: 1449455

Complementares

SUS: 706208596417569

Celular

Fone: (82) 9153-8497

Data: 13/12/2018 09:40:11

End.: RUA FABIO CORREIA VIANA, n.º

Cidade: UNIAO DOS PALMARES UF:AL

Bairro: ROBERTO C DE ARAUJO CEP:5780

QUEIXAS

DIAGNOSTICO CID:

EXAME FISICO

PROCEDIMENTO

CONDUCA() OBSERVACAO () INTERNACAO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

- () 1- Clinica Medica () 6-Acidente de trabalho () 6-1 trabalhador formal
() 2- Pediatria () 3-Obstetricia. () 6-2 trabalhador Informa
() 4- Clinica cirurgica () 5-Acidente de transito () 6-3 Acid. de trajeto

TIPO DO ATENDIMENTO

- () 1- Hospitalar () 2- Atencao Basica - PSF
() 3- Outros:

Exame Solicitado:

Laudos:

Antonia Abelarda da Silva Delegar Direito
Assinatura do Paciente ou responsavel

Assinatura ou carimbo do Medico

Assinatura do Diretor Responsavel

Outros:

HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO

Data: 13/12/2018

Periodo: 13/12/2018 a 13/12/2018

Hora: 09:41

Pagina: 02

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P. J12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENT0

Cd.Pac: 212714

09:49 - REALIZADO curativo + Inmovilización — ~~Ampli~~



HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
MATERNIDADE SANTA CATARINA

Endereço: Rua...
Fone: (11) 5081-3571
Fax: (11) 5081-3572

RECEITUÁRIO

Sau não
humano Peru
somente

União
Zeluo 05/05
dine

DATA ____/____/____

Dr. Elcio M. Cruz Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CREMAL 5981 - RQE 357

ASS. MÉDICA

HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO

Data: 21/12/2018

Periodo: 21/12/2018 a 21/12/2018

Hora: 10:58

Pagina: 01

imobil.
+ curativo

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P.: 12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTA

Nome: JAILSON HONORIO PEREIRA

Cd.Pac: 212714

Mae: ANTONIA ABELARDA DA SILVA PEREIRA

M/A 21/ ATEND:441300 URG 345193

Idade: 43 ano(s)

Escarlar

Nasc.: 23/12/1975

Anexar Resultados dos exames

CPF: 1449455

Complementares

CEP: 706208596417569

Fone: (82) 9153-8497

21/12/2018 10:58:05

End.: RUA FABIO CORREIA VIANA, n.º

UNIAO DOS PALMARES UF: AL

Bairro: ROBERTO C DE ARAUJO CEP:5780

QUEIXA:

DIAGNOSTICO CID:

EXAME FISICO

PA = 140/90
PC = 99

PROCEDIMENTO

- Consulta de enfermagem.
- Curativo após limpeza
- 11:60 liberação.

CONDUTA () OBSERVACAO () INTERNACAO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

- (X) 1- Clinica Medica () 6-Acidente de trabalho () 6-1 trabalhador formal
() 2- Pediatria () 3-Obstetricia. () 6-2 trabalhador Informa
() 4- Clinica cirurgica () 5-Acidente de transito () 6-3 Acid. de trajeto

TIPO DO ATENDIMENTO

- () 1- Hospitalar () 2- Atencao Basica - PSF
Outros:

Como solicitado:

Assinado:

X Maria Dione Barbosa de Silva Polegar Direito
Assinatura do Paciente ou responsável

Assinatura ou carimbo do Médico

Assinatura do Diretor Responsavel

Outros:

HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO

Data: 21/12/2018

Periodo: 21/12/2018 a 21/12/2018

Hora: 10:58

Pagina: 02

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P.: 12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTA

Cd.Pac: 212714

11.10 - realizado curativo + mobilizado — *Amf.*

HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO

Data: 28/12/2018

Periodo: 28/12/2018 a 28/12/2018

Hora: 10:36

Pagina: 01

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P.: 12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTO

Nome: JAILSON HONORIO PEREIRA

Cd.Pac: 212714

Mae: ANTONIA ABELARDA DA SILVA PEREIRA

M/A 28/ ATEND: 442657 URG 346349

Idade: 43 ano(s)

Escolar

Nasc.: 23/12/1975

Anexar Resultados dos exames

RG: 1449455

SUS: 706208596417569

Complementares

Celular

Data: 28/12/2018 10:36:10

Fone: (82) 9153-8497

Cidade: UNIAO DOS PALMARES UF: AL

End.: RUA FABIO CORREIA VIANA, n.º

Bairro: ROBERTO C DE ARAUJO CEP: 5780

DIAGNOSTICO CID:

QUEIXAS

EXAME FISICO

PROCEDIMENTO

CONDUTA () OBSERVACAO () INTERNACAO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

() 1- Clinica Medica

() 6- Acidente de trabalho

() 6-1 trabalhador formal

() 2- Pediatria

() 3- Obstetricia

() 6-2 trabalhador Informal

() 4- Clinica cirurgica

() 5- Acidente de transito

() 6-3 Acid. de trajeto

TIPO DO ATENDIMENTO

() 1- Hospitalar

() 2- Atencao Basica - PSF

() 3- Outros:

Exame Solicitado:

Laudos:

Assinatura do Paciente ou responsavel

Assinatura ou carimbo do Medico

Assinatura do Diretor Responsavel

Outros

Dr. Elcio M. Cruz Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CREMAL 5861 - RQE 3570

HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO

Data: 28/12/2018

Periodo: 28/12/2018 a 28/12/2018

Hora: 10:36

Pagina: 02

ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SUS

C.N.P.: 12.737.680/0001-00

Insc. Est.: ISENTO

Cd.Pac: 212714



HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
MATERNIDADE SANTA CATARINA

Av. Manoel de Barros
1000 - Centro
Cidade de São Paulo - SP
CEP: 05001-000
Fone: (011) 3041.1100
www.hospital.vsp.br

RECEITUÁRIO

Jackson Almeida
Barros

Sellato

20 Seros d
psent - Teste
E
145.00 Fruto de Pluta
Duplo d Wyp

DATA

26/07/14

Fábio Barros
Ortopedista e Traumatologista
CRMAL - 6559
RQE 3611

ASS.MEDICA

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2019
PROTOCOLO
ADM: MARCIA

CÓPIA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - AL 93708348065 Nº 014400499568
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA DDD RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 01038438710 2019

NOME
JAILSON HONORIO PEREIRA

CPF / CNPJ PLACA
02045085414 ORD7432

PLACA ANT. / UF CHASSI
ORD7432 AL 9C2KD0800FR001541

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NINGUMA ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESD 2014 2015

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/162CC PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS
I PAGO EM **/**/**** 1* **/**/**

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2* **/**/**

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80,11 0,32 84,58 12/03/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL DATA
UNIAO DOS P. M. 12/03/2019

3612 7605

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

AL Nº 014400499568 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 12/03/201

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 02045085414 ORD7432

RENAVAM MARCA / MODELO
01038438710 HONDA/NXR160 BROS ESD

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2014 9 9C2KD0800FR001541

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36,05 4,01 40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15 0,32 84,58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 12/03/19

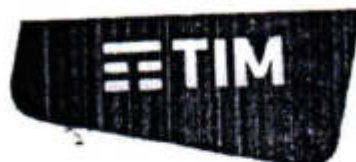
SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
17 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. MAGRÃO - AL

CÓPIA

TIM
 2.º andar - Rua Siqueira Carmeiro, 340
 Bairro: Póvoa - AL
 CEP: 02.421-421/0015-17 - IE: 24097710-6
 CNPJ: 02.421.421/0001-17



R\$ 266,40

VENCIMENTO

15/05/2019

EMIÇÃO: 01/05/2019

POSTAGEM: 09/05/2019



CTC RECIFE PE PL6
 BRENNIA BEATRIZ DE SOUZA
 RUA ANTONIO HONORATO DA SILVA 73
 CENTRO
 57800-000 - UNIAO DOS PALMARES - AL

FATURA DE PAGAMENTO: 3794265861
 REF: MAI/19 PERÍODO 25/03/19 a 24/04/19
 CPF/CNPJ: 15433925000101
 CLIENTE: 7.1222212.10
 DÉB. AUTOMÁTICO: 00000000979541205015



7214049716 11578 00000017256 30 090519

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

Prezado cliente, excepcionalmente este mês para o vencimento 15/05/2019, a fatura poderá ser paga até o dia 20/05/2019 sem cobrança de juros e multa. Para os demais vencimentos o prazo de pagamento permanece inalterado. Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/nonodigito.

Nosso atendimento: *144 do seu TIM ou 1056 de qualquer telefone.



DÉBITO AUTOMÁTICO

Cadastre sua conta no débito automático de seu banco utilizando o número de identificação neste boleto.



CONTA DIGITAL TIM (WWW.MEUTIM.COM.BR)

- Baixar e imprimir 2ª Via de Conta
- Realizar pagamentos online
- Alterar data de vencimento
- Visualizar contas dos últimos meses
- Acessar gráficos avançados



CÓPIA



Consulte e imprima a 2ª via da sua fatura na área exclusiva do site www.tim.com.br

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

NOME DO CLIENTE
 BRENNIA BEATRIZ DE SOUZA - ME

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
000000009795412050-15	MAI/2019	01/05/2019	15/05/2019	R\$ 266,40

VIA BANCO

64590000002-3 66400109011-0 00379426586-2 10079541205-3

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
SHEENA BEATRIZ DE SOUSA

SOL. CIVIL
32588534 SEDE AL

CPF
069.830.194-24

DATA NASCIMENTO
14/09/1993

PLACAO
JOSE THOMAS DE SOUSA
MARIA ELISABETE DE SOU
SA

SEXO
F

DATA EMISSÃO
10/12/2013

VALIDADE
27/12/2018

PROFISSÃO
Apto para Transporte Remunerado

LOCAL
ALACÓSTI, ALACÓSTI

DATA EMISSÃO
26/11/2014

DETRAN - ALACÓSTI

VALIDADE EM TUDO
965923833

VALIDADE EM TUDO
965923833

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2019
PROTOCOLO
ALACÓSTI

CÓPIA



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 080968/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/09/2019 09:56 Data/Hora Fim: 11/09/2019 10:13
Origem: Data: 11/09/2019
Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 114º Distrito Policial - União Dos Palmares
Data/Hora do Fato: 25/11/2018 19:30

Local do Fato

Município: União dos Palmares (AL)
Logradouro: AV. MON-SENHOR CLOVES

Bairro: CENTRO

Ponto de Referência: DR DE OBRAS DA PREFEITURA
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAILSON HONORIO PEREIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - União dos Sexo: Masculino Nasc: 23/12/1975
Profissão: Autônomo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: ANTONIA ABELARDA DA SILVA PEREIRA Nome do Pai: JOAO HONORIO PEREIRA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.450.854-14
RG - Carteira de Identidade: 1449455

Endereço

Município: União dos Palmares - AL
Logradouro: R FABIO CORREIA VIANA N 429
Bairro: ROBERTO C DE ARAUJO

CEP: 57.800-000



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Maceió - AL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição AUTOMOVEL	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ -
AL

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 080968/2019

Grupo Veículo

Descrição MOTOCICLETA

Placa ORD7432

Número do Motor KD08E0F001541

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

UF Veículo Alagoas

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Situação do Veículo NADA CONSTA

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 020.450.854-14

Renavam 01038438710

Número do Chassi 9C2KD0800FR001541

Cor VERMELHA

Município Veículo União dos Palmares

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/06/2016

Nome Envolvido

JAILSON HONORIO PEREIRA

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO O DECLARANTE, guiava uma MOTOCICLETA de sua propriedade, esta já acima cadastrada, onde trafegava pela Av. Mon-Senhor Cloves, sentido Rua Nova, que já nas proximidades do retorno dessa via, foi surpreendido por um veículo de placa não anotada pela vítima, que seguindo em velocidade excessiva para a via, choca-se contra o pneu traseiro da motocicleta do declarante e com o impacto o arremessa ao solo, onde sofreu serias lesões. Foi socorrido pelos Bombeiros e levado ao Hospital São Vicente de Paula conforme o registro de nº 212714; de lá foi levado pela ambulância do Município para o HGE segundo o relatório médico de nº 2849251.

ASSINATURAS

Bel Silvio Eduardo M. Maia Gomes
AG.: Polícia Civil
Mat.: 66216-0

Silvio Eduardo Michel Maia Gomes

Agente de Polícia
Matrícula 66216-0

Responsável pelo Atendimento

JAILSON HONORIO PEREIRA

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Declarção Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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: 020.450.854-14 Nome completo da vítima: Jailson Honorio Pereira

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

Nome completo: Jailson Honorio Pereira CPF: 020.450.854-14
Profissão: Vendedor Endereço: Rua Fabio Correia Viana Número: 429 Complemento: _____
Bairro: Roberto C. de Arango Cidade: União dos Palmares Estado: AL CEP: 57.800-000
E-mail: uniao@jpsseguros.com.br Tel.(DDD): _____

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

RENDA 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 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: 0713 CONTA: 14105 2
(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 Líder 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 Líder 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: União dos Palmares - 12-09-2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jailson Honorio Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____

COMPREV
COMPROVAÇÃO E PREVIDÊNCIA SIA
Assinatura
17 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. MAGSIO 1AL

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

Av. Siqueira Campos, 1739, Trapiche da Barra, Maceió-AL, CEP 57010-002
<http://www.bombeiros.al.gov.br>

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

Número: 1228

Chave: 3DBQY

O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE ALAGOAS, através de consulta em sua base de dados, certifica que atendeu a vítima identificada como **JAILSON HONORIO PEREIRA**, RG nº 1449455/AL, em uma ocorrência do tipo **Acidente de trânsito sem preso as ferragens/Moto x Moto**, conforme dados do Aviso de Ocorrência nº 15799, ocorrida no dia 25/11/2018, aproximadamente às 19:45:19, na(o) **AVENIDA MONSENHOR CLOVIS**, Centro, União dos Palmares-AL. A vítima foi encaminhada para a unidade de saúde denominada Hospital São Vicente de Paulo.

Certidão emitida em 16/04/2019 às 10:52:14.



CÓPIA

Esta Certidão deverá ter sua autenticidade comprovada no endereço eletrônico <http://www.bombeiros.al.gov.br/certidao> ou pelo celular, lendo o QR CODE abaixo:



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190544565

Vítima: JAILSON HONORIO PEREIRA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRENNIA BEATRIZ DE SOUZA ME

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON HONORIO PEREIRA

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327480/19

Vítima: JAILSON HONORIO PEREIRA

CPF: 020.450.854-14

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: JAILSON HONORIO PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME : 15.433.925/0001-01

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

JAILSON HONORIO PEREIRA : 020.450.854-14

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: 20/09/2019
Nome: BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME
CNPJ: 15.433.925/0001-01

BRENNA BEATRIZ DE SOUZA ME

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR
CPF: 110.116.364-09

CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321741/19

Vítima: JAILSON HONORIO PEREIRA

CPF: 020.450.854-14

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/09/2019

Titular do CPF: JAILSON HONORIO PEREIRA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

BRENNA BEATRIZ SOUZA ME : 15.433.925/0001-01

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

JAILSON HONORIO PEREIRA : 020.450.854-14

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: 17/09/2019
Nome: BRENNA BEATRIZ SOUZA ME
CNPJ: 15.433.925/0001-01

BRENNA BEATRIZ SOUZA ME

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR
CPF: 110.116.364-09

CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR