

---

**Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190260929**

**Vítima: FABIANO VIEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 21/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

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

**Senhor(a), FABIANO VIEIRA DOS SANTOS**

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

---

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190260929**

**Vítima: FABIANO VIEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 21/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FABIANO VIEIRA DOS SANTOS**

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.

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



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190260929                      Vítima: FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/11/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

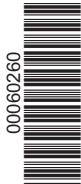
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: 019.836.464-40 Nome completo da vítima: Fabiano Vieira dos Santos

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

Nome completo: Fabiano Vieira dos Santos CPF: 019.836.464-40  
Profissão: Turismólogo Endereço: R. Anco Verde Número: 42 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Bonade Gnomeme Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 9965 907 88

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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1109 CONTA: 36717 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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: João Pessoa, 29/03/2019  
Nome: Fabiano Vieira dos Santos  
CPF: 019.836.464-40

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
x *Fabiano Vieira dos Santos*

TESTEMUNHAS  
1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
Assinatura  
04 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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 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, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# 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:

019.836.464-40

Nome completo da vítima:

Fabiano Vieira dos Santos

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

Nome completo:

Fabiano Vieira dos Santos

CPF:

019.836.464-40

Profissão:

turismólogo

Endereço:

R. Anco Verde

Número:

92

Complemento:

Bairro:

Barra de Gnomeme

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CPF:

58000-000

E-mail:

996590788

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1109

CONTA:

36717

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 liquidação 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;

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias ventosais 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 identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.191/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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

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.

Impressão:  
Assinatura da  
vítima ou  
beneficiário  
não assistido

Local e Data:

João Pessoa, 29/03/2019

Nome: Fabiano Vieira dos Santos

CPF: 019.836.464-40

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS /

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
PROTOCOLADO  
AG. 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.

# 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: 019.836.464-40 Nome completo da vítima: Fabiano Vieira dos Santos

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

Nome completo: Fabiano Vieira dos Santos CPF: 019.836.464-40  
Profissão: Turismólogo Endereço: R. Anco Verde Número: 42 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Bomade Gnomeme Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 9965 907 88

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 36717 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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: João Pessoa, 29/03/2019  
Nome: Fabiano Vieira dos Santos  
CPF: 019.836.464-40

(\*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO  
João Vieira dos Santos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

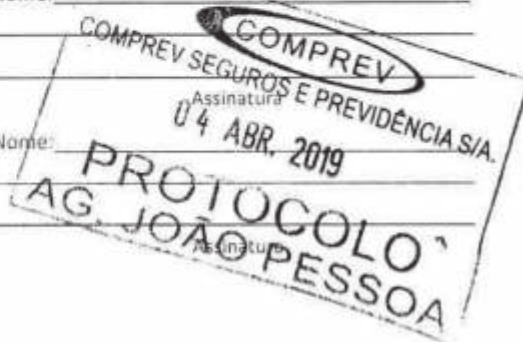
## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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



(\*) 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, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Ficha Nr: 183814 Atd: Nao Regular  
Data: 21/11/2018  
Hora: 17:58:55  
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALV  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

CNS: 898003492319248 Sexo: M IDENTIDADE: 1713797 Fone: 996590788

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/10/1974 Id: 44 ano(s)

End.: AVENIDA FLORIANOPOLIS, 478

Bairro: PLANALTO BOA ESPERANCA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: NELZA VIEIRA DA LUZ

Pai: LUIZ JOAO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: GERENTE SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 996590788 / IDENTIDADE: 1713797

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ EM

Vitima de violência por: MANG. EM FRENTE AO CASA TUDO/COND.

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO COM FERIMENTO CORTE CONTUSO EM  
MIE E ESCORIOCOES

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto no semáforo com queixa  
de lesão constante em perna ex.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

co: DR. idrografas  
② Analise de ortopedia.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Dr. Attila Raphael  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM 11491 / PB

ORTOPEDIA

Paciente jovem com a  
carteira de hipotensão posterior  
e no (E)

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

sem acompanhamento ao  
Tendão

cd: alta ortopédica

Jr. Eneas B. Bessa Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB.11852

030106006-1

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

21/11/2014 # Cirurgia

Paciente evolui clinicamente bem,

Alívio da dor e melhora na marcha

cd: 1) Sutura de ferimento

2) Colúmbares 100mg 07 dias

Assinatura da Enfermagem

3) Eparacetamol

PROCEDIMENTO REALIZADO

4) Alta Hospitalar

5) Soro anti-tetânico 0,5ml UI, 1x

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residência [ ] Transferido [ ] Desistência [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ]

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medi

030106006

040101055



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Bônus para sempre pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 022.544.656

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crislo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-680  
CNPJ 09.695.182 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DE ARAUJO  
RUA ARCO VERDE 92  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1049294-0

### REFERÊNCIA

MAR/2019

### APRESENTAÇÃO

27/03/2019

### CONSUMO

139

### VENCIMENTO

03/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 91,77

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



DESTAQUE AGU

MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DE ARAUJO

Roteiro: 17-005-836-7940

83610000000-6 91770149000-0 10492942019-8 03200005019-8

### VENCIMENTO

03/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 91,77

### MATRÍCULA

1049294-2019-03-2



**ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA**

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 160158230

**REAVISO DE CONTA**

07 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA  
RUA DA REPUBLICA 390  
JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Domicílio:

697 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

**Para Uso do Entregador**

- ☐ Mudou-se  
☐ Endereço Insuficiente  
☐ Não Existe o N° Indicado  
☐ Desconhecido  
☐ Recusado

- ☐ Não Procurado  
☐ Ausente  
☐ Falecido  
☐ Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Ass./ Num. Carteiro:





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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabiano Vieira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.836.464/40, do sinistro de DPVAT cobertura inodidez da Vítima Fabiano Vieira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.836.464/40, 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 <u>Rua da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)98873-0310</u>

f. Pessoa 04 de 04 de 2019  
Local e Data

Flaviana da Silva Gomes  
Assinatura do Declarante

Nome: FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

Natureza do Exame: Ecografia de partes moles-Perna esquerda

Data: 14/12/2018

Médico Requisitante: Dr. Fidias G. F. Borborema

### LAUDO

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico de varredura linear, na frequência de 10,0 MHz.

Pele espessada com retrações patológicas visíveis.

Na face posterior do tecido médio da perna, ao nível do tecido celular subcutâneo, evidencia-se aumento da sua ecogenicidade habitual, com formação de coleção líquida, de margens regulares, padrão difusamente heterogêneo, predominantemente hipoeecóica, medindo 3,2 x 0,7cm, dissecando os planos adjacentes.

Planos musculares apresentam ecogenicidades preservadas.

### CONCLUSÃO:

Estudo ecográfico compatível com lesão inflamatória de partes moles, com coleção organizada.

Dr. Aristávor Fernandes da Silva  
Ultrassonografista  
CRM 2904 PB / CBR 2770







POLICLÍNICA

São Lucas

Alergologia  
Angiologia  
Audiometria  
Cardiologia  
Cirurgia Geral  
Clínica Médica  
Densitometria Óssea  
Dermatologia  
Ecocardiograma  
Eletrcardiograma  
Endocrinologia  
Endoscopia  
Ecocardiografia  
Eletroneurofisiologia  
Fisioterapia  
Gastroenterologia  
Geriatría  
Ginecologia  
Laboratório  
Mamografia  
Mastologia  
Neurologia  
Nefrologia  
Otorrinolaringologia  
Oftalmologia  
Pediatría  
Pneumologia  
Proctologia  
Psiquiatria  
Reumatologia  
Risco Cirúrgico  
Sl. Enfermagem  
Sl. Prog. Procedimentos  
Teste Alérgico  
Teste Ergométrico  
Tom. Computadorizada  
Ultrassonografia  
Urologia

hendo médico

DPVAT

Fabiano V. de Souza,  
seu laudo contém de trânsito  
hendo transito na fase  
posterior de pneumonia E,  
hendo laudo de pele  
A febre espontânea dor  
e linfático, transitorie  
do furo do m. E.

O PACIENTE TERÁ DIREITO A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS  
A PARTIR DA DATA DA CONSULTA

AO RETORNAR TRAGA  
ESTA RECEITA

Avenida João da Mata, 520 - Jaguaribe - CEP 58015-020 - João Pessoa - PB  
FONE: (83) 3241-3309 / 3241-4973

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
04 ABR. 2019  
**PROTOCOLO**  
JOÃO PESSOA

## CERTIDÃO

Nº. 0261/2019

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CAMARA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº183814 e prontuário de Nº2018.11.002799 pertencente a **FABIANO VIEIRA DOS SANTOS** que foi atendido dia 21/11/2018 às 17H58min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

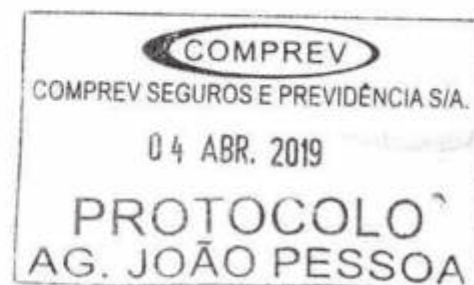
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Feito sutura e liberado.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

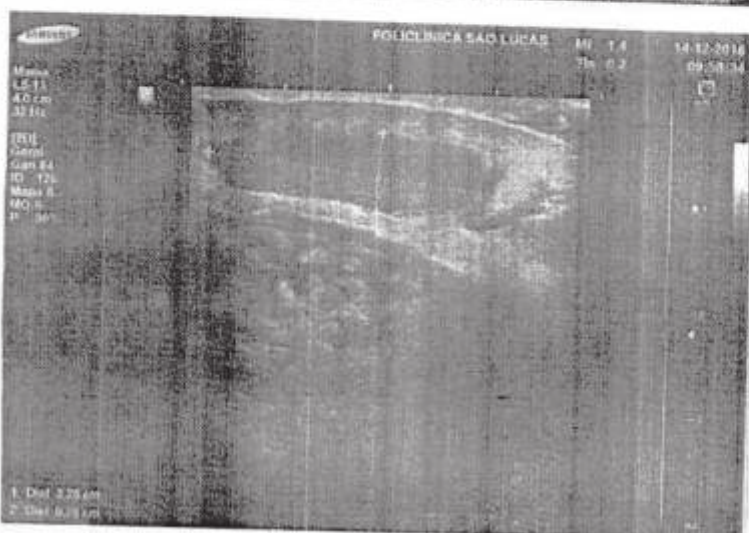
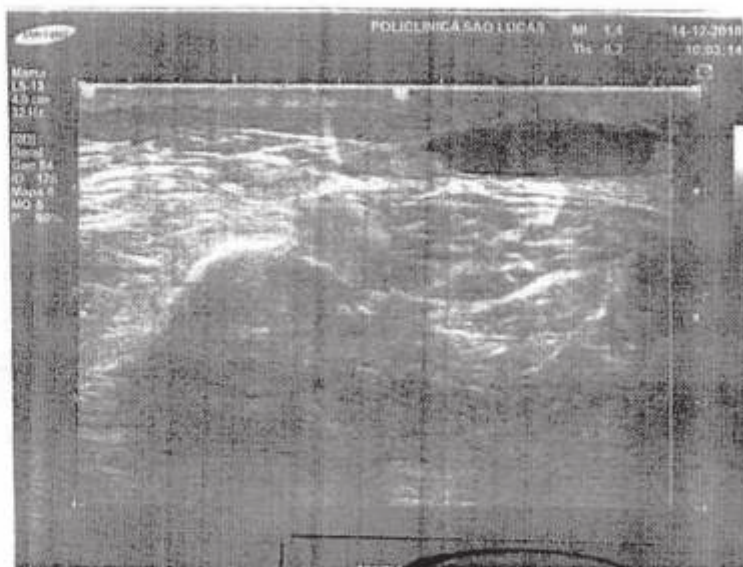
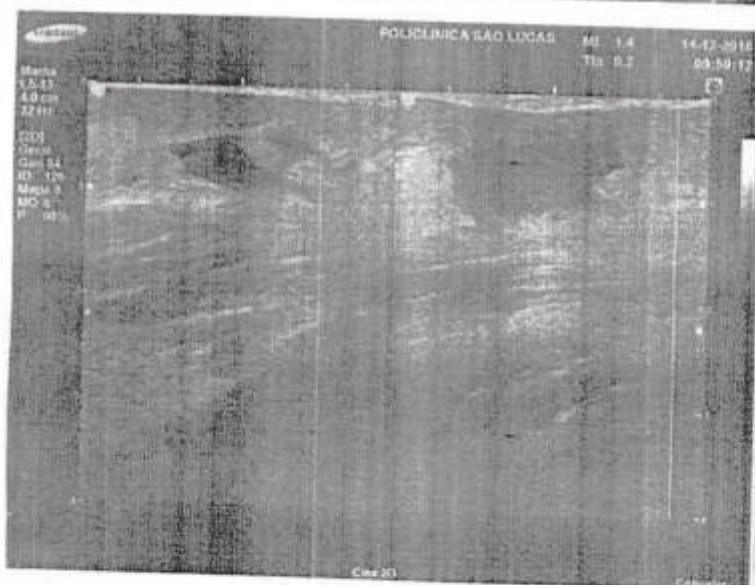
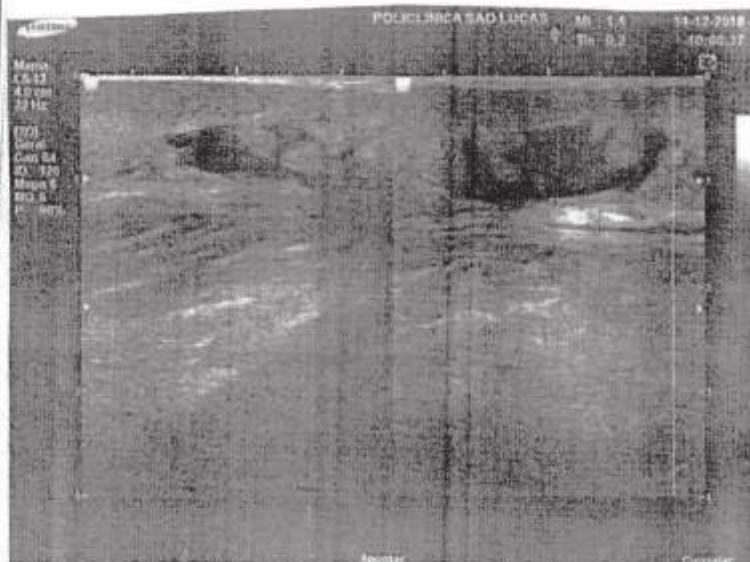
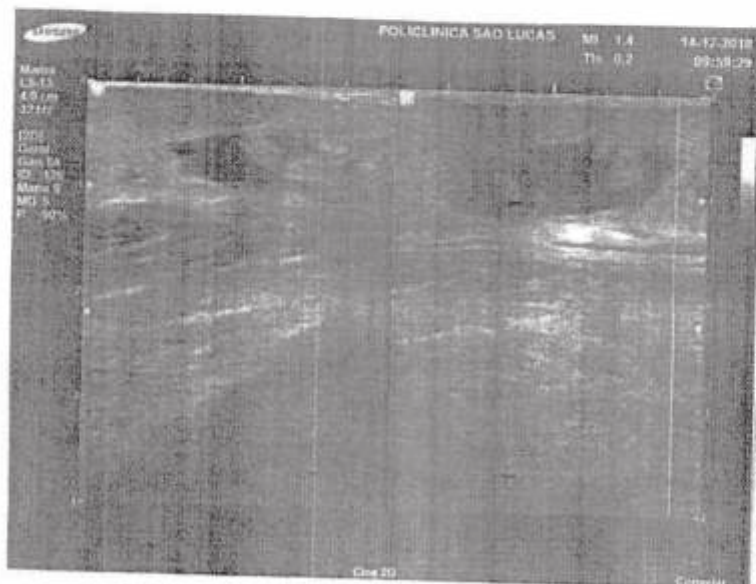
João Pessoa, 01 de março de 2019

*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883







**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
04 ABR. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr(a) Roberto Viana de Souza

encontra-se sob meus cuidados profissionais DEVENDO FICAR  
AFASTADO DE SUAS FUNÇÕES LABORATIVAS, durante 60  
dias a partir desta data. (Seminário)

CID: SP6.1

João Pessoa, 14 de 12 de 20 18

Dr. Juliano G. F. Barborema  
CRM-PB 5305  
CRM-PE 14654  
S&DT 9876

Avenida João da Mata, 520 - Jaguaribe - CEP 58015-020 - João Pessoa - PB  
FONE: (83) 3241-3309 / 3241-4973





< 10: SPO.P / 581.P

7P 14/12/18

Barborema  
5395  
14654  
9876

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
04 ABR. 2019  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



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

NOME  
 FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

DOC. EXIBITADO / ORG. EMISSOR DO  
 1713797 SSP PE

CPF  
 019.836.464-40 DATA NASCIMENTO  
 07/10/1974

TRACAO  
 LUIZ JOAO DOS SANTOS  
 NELZA VIEIRA DA LUZ

PERMISSAO  
 03814617352 21/02/2021 05/05/2006

VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1275507119

PROTEÇÃO PLASTIFICADA  
 1275507119

ASSINATURA DO TITULAR

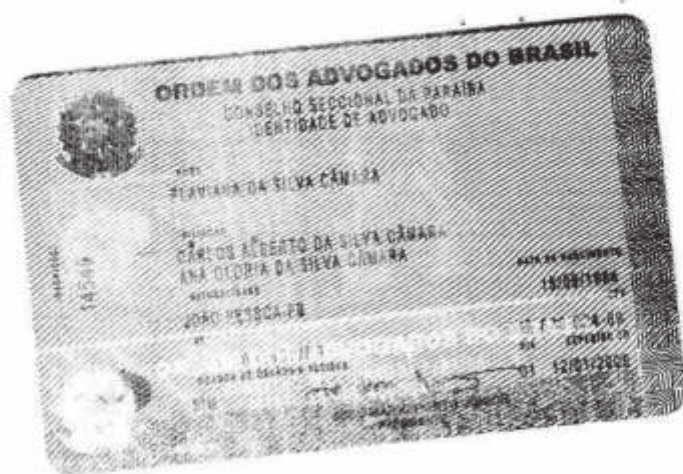
LOCAL  
 JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
 24/02/2016

69558802596  
 PB032179286

JOÃO PESSOA, PB (PARATIBA)

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 04 ABR. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202356795  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COT. RENAVAM PRT 20180000493618-7 EXERCÍCIO  
1 0101419214-2 00/00000000 2018

NOME  
FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

CPF / CNPJ  
01983646440

PLACA  
QFB0447/PB

FLACA ANT. / UF CHASSI  
NOVO PB 9C2KD0540ER061373

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL  
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO  
HONDA/NXR150 BROS FSD

ANO FAB. ANO MOD.  
2014 2014

CAT. POT. / CL. CATEGORIA

PARTIC

PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS  
A \*\*\*\*\* 0

PREMIO TAFARI (R\$) IOF (R\$) PAGAMENTO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 31/10/2018

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL  
JOAO PESSOA-PB

DATA  
31/10/2018

19399



*Assinatura*

34432

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE  
TRANSPORTADORA

PB Nº 01420235679

ESTE É O SEU BILHETE  
PARA MAIS INFORMAÇÕES  
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.segura  
SAC DPVAT

VIA COT. RENAVAM  
1 01983646440

DE/NAVASI  
1014192142 HONDA/

ANO FAB. CAT. POT. / CL. CHASSI  
2014 9 9C2KD0

PREMIO TAFARI (R\$) IOF (R\$) PAGAMENTO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 31/10/2018

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL  
JOAO PESSOA-PB

DATA  
31/10/2018

19399

*Assinatura*

34432

34432-153051

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
04 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190260929 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIANO VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM PERNA ESQUERDA. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190260929 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIANO VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM PERNA ESQUERDA. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Fabiano Vieira dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão turismólogo, residente e domiciliado à Rua Ana Verde nº 92 bairro Barra de Gramma Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep: 58010-180 portador(a) do Rg nº 1713797, SSP/..... e CPF nº 019.836.464-40.

Outorgado: Flaviana da Silva Camaro, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 310 bairro Centro Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep: 58010-180 portador(a) do RG nº 2671196 SSP/ PB e CPF nº 048.049.624-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Fabiano Vieira dos Santos, ocorrido em 21/11/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza unidade.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 29 de 03 de 2019.

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SOCIAL  
04 ABR. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Fabiano Vieira dos Santos  
Outorgante  
CPF Nº 019.836.464-40

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116841/19

**Número do Sinistro:** 3190260929

**Vítima:** FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

**CPF:** 019.836.464-40

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 21/11/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**FABIANO VIEIRA DOS SANTOS : 019.836.464-40**

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: 23/04/2019  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116841/19

**Vítima:** FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

**CPF:** 019.836.464-40

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 21/11/2018

**Titular do CPF:** FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

### FABIANO VIEIRA DOS SANTOS : 019.836.464-40

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: 04/04/2019  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA