

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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:

Nome completo da vítima:

019.836.464-40 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:

Endereço:

Turismólogo R. Anco Verde

Bairro:

Cidade:

Bonac de Gracmome João Pessoa

E-mail:

Estado:

PB

CEP:

58000-000

Número:

92

Complemento:

96590788

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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: 1104

CONTA: 36717



AGÊNCIA: _____

CONTA: _____



(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. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

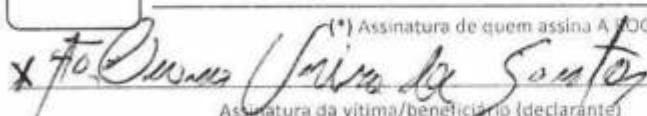
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

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 /

1º | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura:

2º | Nome:

CPF:

04 ABR. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura:

(*) 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:

Nome completo da vítima:

019.836.464-40 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:	Nº: 92
Bairro:	R. Arco Verde	Cidade:	João Pessoa
E-mail:	Estado: PB Número: 58000-000 Tel (DDD): 996590788		

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

DADOS CADASTRAIS RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 1109

CONTA: 36717

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização e reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, cartação 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;
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias para a elaboração do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, em base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 o RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS /

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

COMPREV
COMPRES
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura:

PROTOCOLO
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:	Nome completo da vítima:
	019.836.464-40	Fabiano Viera dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Fabiano Viera dos Santos	019.836.464-40	
Profissão:	Endereço:	Número:
Turismólogo	R. Anco Verde	92
Barro:	Cidade:	Complemento:
Bonade Gromome	João Pessoa	
E-mail:	Estado:	CEP:
	PB	58000-000
	Tel. (DDD):	996590788

DADOS CADASTRAIS

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (201) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

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 DIPAVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O INI deve estar a residência do acidente ou da minha residência realiza encartas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura indenização médica, em virtude do direito de contradizê-la, caso descrever o que conste.

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:

Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Vítima deixou Sim Não

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

Supervisão
digital da
educação
beneficia
mais alunos

Local e Data: João Pessoa, 27/03/2023
Nome: Fábio Vieira dos Santos
CPF: 019-836.484-40

TESTEMUNHAS /	1º Nome:
CPF:	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
2º Nome:	Assinatura 04 ABR. 2019
CPF:	PROTÓCOLO 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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPRES 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 Regulac
Data: 21/11/2018
Hora: 17:58:55
Recepctionista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIANO VIEIRA DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1

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

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

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO COM FERIMENTO CORTE CONTUSO EM
MIE E ESCORIACOES

Observacao

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Quedo de moto houve sangramento com queiro
de ferato constante em peito exp.

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

co: Dr. Radiografias
② Anel c/rodas de ortopedia.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

ORTOPEDIA

Paciente gravido com c
ontrato e no ap Posterior
e no el

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Sen Acomodamento da
cintura
com alta ortopédica

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

030106006-1

Dr. Eneas P. Bessa Neto
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

21/11/2018 | # Cirurgia de
Pacote suspenso clínico para bex, r
Abdome flácido, 1 mês e 10 dias
Cid: 0 setor de hospitalo
3 Cetulopar 1000, 07 dias
Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

Br. Cleide P. Sosa

PROCEDIMENTO REALIZADO

1) Alta hospitalo
2) Sos anti-tetânico 05 ml U.I. 25

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medi

0301060061
0401010055

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segundo-via de conta

Boleto para pagamento da sua fatura dentro de envelope com N° 022.544.656



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.695.183 / 0001-40 Ins. 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

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAR/2019

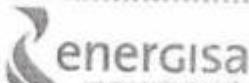
27/03/2019

139

03/04/2019

R\$ 91,77

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHES

MARIA DE FATIMA NASCIMENTO DE ARAUJO

Roteiro: 17-005-836-7940

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

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

03/04/2019

R\$ 91,77

1049294-2019-03-2



COMPREV
-COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
U4 ABK. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 - E

**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 Nº Indicado
- Desconhecido
- Recusado

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

Reintegrado em:

Ass./ Num. Carteiro:



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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávia da Silveira Gómez inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flávia da Silveira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.836.464-40, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Flávia da Silveira 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 Lider-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>	

João Pessoa, 04 de 04 de 2019
 Local e Data

Flávia da Silveira Gómez
 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.

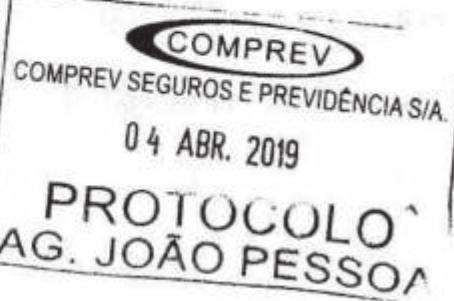
Na face posterior do teço médio da perna, ao nível do tecido celular subcutâneo, evidencia-se aumento da sua ecogênicidade habitual, com formação de coleção líquida, de margens regulares, padrão difusamente heterogêneo, predominantemente hipoecóica, medindo 3,2 x 0,7cm, dissecando os planos adjacentes.

Planos musculares apresentam ecogenicidades preservadas.

CONCLUSÃO:

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

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





POLICLÍNICA

São Lucas

Alergologia
Angiologia
Auditometria
Cardiologia
Cirurgia Geral
Clínica Médica
Densitometria Óssea
Dermatologia
Ecocardiograma
Eletrocardiograma
Endocrinologia
Endoscopia
Ecocardiografia
Eletroencefalograma
Fisioterapia
Gastroenterologia
Geriatria
Ginecologia
Laboratório
Mamografia
Mastologia
Neurologia
Nefrologia
Otorrinolaringologia
Oftalmologia
Pediatra
Pneumologia
Proctologia
Psiquiatria
Reumatologia
Risco Cirúrgico
Sl. Enfermagem
Sl. Prg. Procedimentos
Teste Alérgico
Teste Ergométrico
Tom-Computadorizada
Ultrassonografia
Urologia

Boa tarde Dr. [illegible]
DPVAT
Folhano V. Santos,
sua loira se sente de braço
bom humor me pediu
voltar de quem é,
sentir dores de pele
A ferida sanguinosa
e limpa transpira
do ferido no ME.

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



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 Burity, 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.

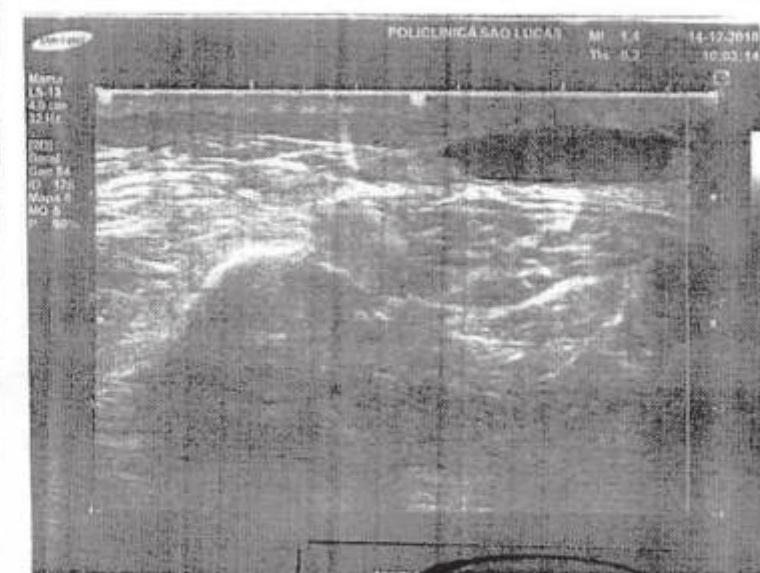
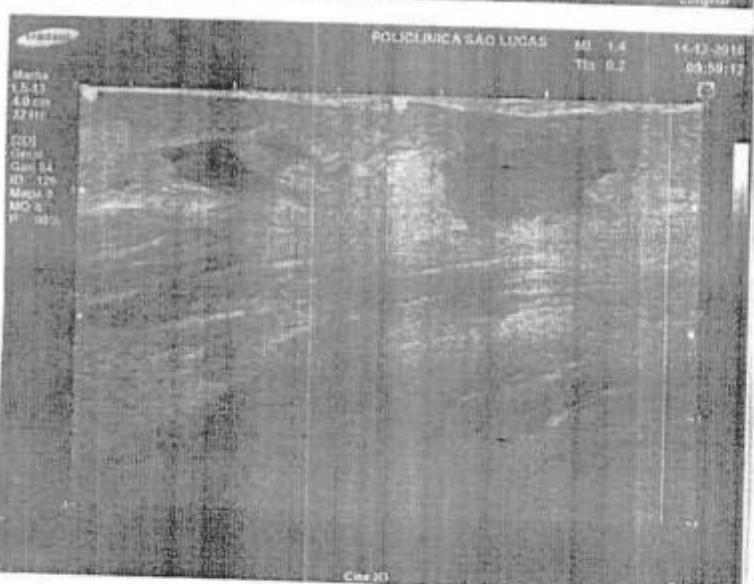
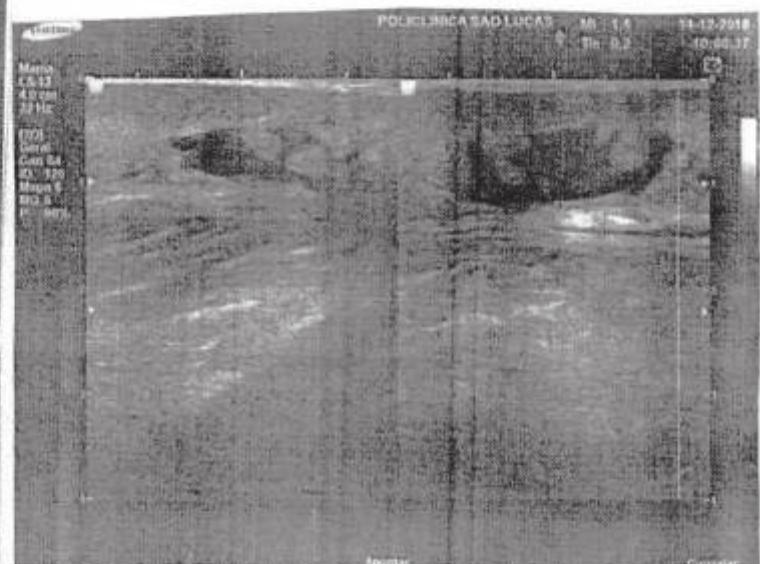
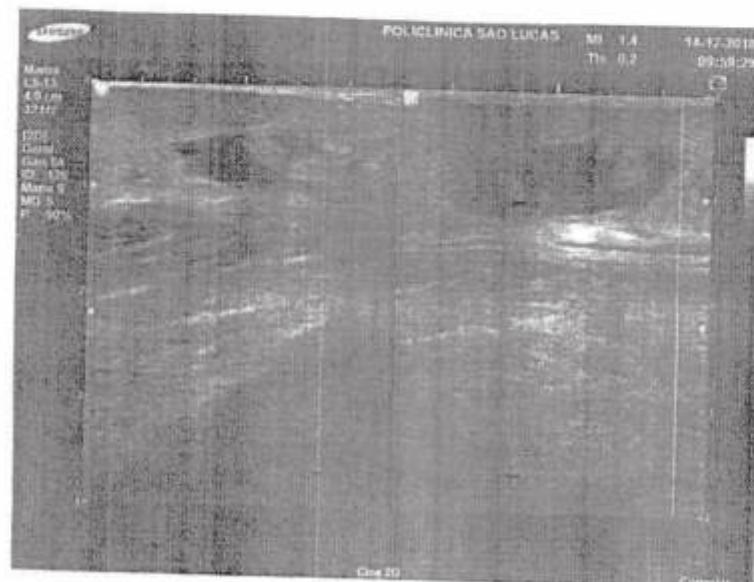
E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

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



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



ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr(a) Fábio Viana de Souza encontra-se sob meus cuidados profissionais DEVENDO FICAR AFASTADO DE SUAS FUNÇÕES LABORATIVAS, durante 60 dias a partir desta data. (semento)

CID: 586.1

João Pessoa, 14 de 12 de 2018

Dr. *Adilson G. F. Barbosa*
CRM-PB 5395
CRM-PE 14654
SBOT 9878

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



<10: 580.8 / 581.8

J. S.

14/12/18

Barborema
5395
14654
976





POLICLÍNICA

São Lucas

Alergologia
Angiologia
Audiometria
Cardiologia
Cirurgia Geral
Clínica Médica
Densitometria Óssea
Dermatologia
Ecocardiograma
Eletrocardiograma
Endocrinologia
Endoscopia
Ecocardiografia
Eletroencefalograma
Fisioterapia
Gastroenterologia
Geriatria
Ginecologia
Laboratório
Mammografia
Mastologia
Neurologia
Nefrologia
Otorrinolaringologia
Oftalmologia
Pediatria
Pneumologia
Proctologia
Psiquiatria
Reumatologia
Risco Cirúrgico
Sl. Enfermagem
Sl. Pq. Procedimentos
Teste Alérgico
Teste Ergométrico
Tom. Computadorizada
Ultrassonografia
Urologia

?/ Fmu V. J. Ferb

Sl: Fisioterape

M m + P

HP: Febreza pré-tumoral
e TCS e PLE.

- Observações: Doras
Posterior perine E.

14/12/12

Dr. Fárias G. F. Bordonaro

5395

O PACIENTE TERÁ DIREITO A UM RETORNO NO PERÍODO DE 12 MESES A PARTIR DA DATA DA CONSULTA

AO RETORNAR TRAGA
ESTA RECEITA

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







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 00407210-1402

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: CÓD. RENAVAM: 20180000483618-7
EXERCÍCIO: 2018

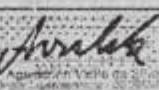
1 0101419214-2 00/00000000 2018
NOME: FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

PF / CNPJ: 01983646440 PLACA: QFB0447/PB
FECHA ANT. USO: CHASSI: NOVO PB 9C2KD0540ER061373

ESPECIE/TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL
MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ESD ANO-FAB: 2014 ANO-MOD: 2014

CAR. PROV. / CAT. / PLACA: 2 P/149 / CI PARTIC HRETA
COTA UNICA: VENC. COTAS: 00/00/0000 1^o
V - FAIXA FIVA: PAGAMENTO / COTAS: 2^o
A***** D 3^o

PREMIO: TAN: 3,00% IOF: 0,00% FIM: 31/10/2018 DATA DE PAGAMENTO: 31/10/2018
***** SEGURO P A G O 31/10/2018
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA
0
LOCAL: JOAO PESSOA-PB DATA: 31/10/2018
19399 34432


Assistente de Venda da
Distribuidora de Veículos

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DADOS
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS

PB Nº 014202356795

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.segurado.com.br
SAC DPVAT

VIA: 1 01983646440
RENAVAM: 1014192142 HONDA/
ANO-FAB: 2014 9 9C2KD0540ER061373
PREMIO: *****
CUSTO DO BILHETE: R\$ 34432,00

PAGAMENTO: 31/10/2018
S. COTA UNICA
SEGURO: 34432-153051

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

04 ABR. 2019

PROTOCOLO:
G. 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 EVIDENCIAM 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 %

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 EVIDENCIAM 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 tecnólogo, residente e domiciliado à Rua Arco Verde, nº 92, bairro Barra de Gramame, 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: Floriana do Silveira Camara, brasileiro(a), estado civil sóter, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua da Republica, nº 390, bairro Centro, Município de joão Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58010-180, portador (a) do RG nº 2671198, SSP/..... e CPF nº 048.079.624-69.

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 invalidez.

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 S/ CARTÓRIO
04 ABR. 2019
VIEIRA BATISTA
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Floriana do Silveira Camara
Outorgante
CPF Nº 019.836.464-40

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel: Rômulo Vieira Batista - Número: 1 / Bar: Rosângela Vieira Batista
Rua São Francisco de Assis, 10 - Mangabeira/João Pessoa - PB
CEP 58050-000 - João Pessoa - PB
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a firma de Fabiano Vieira dos Santos,
Em testada verdade, João Pessoa-PB, 29/03/2019 11:25:17
Rikeley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO
[2019-014784]EMOL:R\$ 19,91 FARFEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AII55415-UZP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2018

Titular do CPF: FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2018

FABIANO VIEIRA DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA