

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, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432112 **Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA**

Data do Acidente: 07/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIK HERMINIO DE SOUZA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Enick Hermínio de Souza			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo: Enick Hermínio de Souza			6 - CPF: 139.327.184-70		
7 - Profissão: Vendedora	8 - Endereço: R. Riozinho	9 - Número: 101m		10 - Complemento:	
11 - Bairro: Abel Coriolante	12 - Cidade: Belo	13 - Estado: PB		14 - CEP: 58340-000	
15 - E-mail:			(83) 99869-2147		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR					
17 - Nome completo do Representante Legal:					
18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) Op. 013			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0922	CONTA: 36090	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)					

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atende 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 IMI 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da seu cunhado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/válvula? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

COMPREV

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário (se houver)	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF: 16 JUIL. 2019
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: CPF:
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, João Pessoa - PB 16/07/19	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Enick Hermínio de Souza	

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 1024/2019

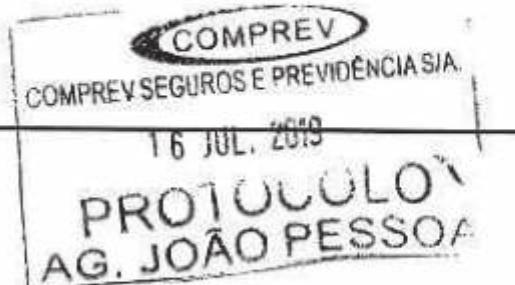
Aos DOZE (12) dias do mês de JUNHO do ano de dois mil e DEZENOV E, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, ai por volta das 16:10 HS; compareceu ERIK HERMÍNIO DE SOUZA, brasileiro, solteiro, com 19 anos de idade, natural de João Pessoa/PB, filho de José Marcos de Souza e Maria José Hermínio de Souza, residente na rua Firmino Vieira da Silva, 30, lot. Abel Cavalcante, nesta. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 07 de abril do corrente ano, o noticiante pilotava uma moto Honda Bros de placa OFZ 8430/PB, em nome de JOSÉ MARCOS DE SOUZA, na rua comend. Renato Ribeiro Coutinho, quando o pneu derrapou e o noticiante veio a cair; QUE o noticiante foi socorrido para o Hospital de Traumas e posteriormente para o Ortotraumas; QUE por conta do acidente, o noticiante machucou o rosto e quebrou um punho . Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: Erik Hermínio de Souza

ESCRIVÃ POLICIA:

J
Cesarina Maria Araujo de Medeiros

MAT: 135.635-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Enick Hermínio de Souza			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo: Enick Hermínio de Souza			6 - CPF: 139.327.184-70		
7 - Profissão: Vendedora	8 - Endereço: R. Riozinho	9 - Número: 101m		10 - Complemento:	
11 - Bairro: Abel Coriolante	12 - Cidade: Belo	13 - Estado: PB		14 - CEP: 58340-000	
15 - E-mail:			(83) 99869-2147		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR					
17 - Nome completo do Representante Legal:					
18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).					
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) Op. 013			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0922	CONTA: 36090	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)					

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atende 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 IMI 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da seu cunhado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/válvula? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

COMPREV

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário (se houver)	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF: 16 JUL. 2019
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: CPF:
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, João Pessoa - PB 16/07/19	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Enick Hermínio de Souza	

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1154597



Identificação do paciente				
ID 1391926	Nome ERIK HERMINIO DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19 anos 8 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA	Pai JOSE MARCOS DE SOUZA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993029190	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4448976	Nº Cns 7013076606066530		
Local de procedência HOSPITAL DR. SA ANDRADE (SAPÉ)	Tipo UNIDADESAUDE			UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro FIRMINO VIEIRA DA SILVA	
Número 30	Complemento	Bairro ABEL CAVALCANTE		
Admissão				
Data e Hora 07/04/2019 22:24:59	Número da pulseira 100007387806	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Ralo X [] Dados clínicos	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Diagnóstico	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 16 JUL. 2019 CID PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA			
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	Imprimir			



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ERIK HERMINIO DE SOUZA	BAE 1154597	Data/Hora Entrada 07/04/2019 22:24:59	Data Saída
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19a 8m 19d	Sexo Masculino	CNS 701307660606530 Telefone de Contato (83) 993029190
Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA			
Endereço FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30	Bairro ABEL CAVALCANTE	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 07/04/2019 22:56:01		Data/Hora Prescrição 07/04/2019 23:09:16	

Anamnese

Refere queda de moto há 3 horas batendo om o rosto no solo, pancaDA E DOR EM PUNHO ESQUERDO. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA. APRESETA EDEMA EM NARIZ E LÁBIO SUPERIOR, DOR E ABAULAMENTO E PUNHO ESQUERDO. TÓRAX E ABDOME: NDN
CONDUTA: EXS. COMP. + ALTA DA CIRURGIA + PARECER DA BMF E ORTOPEDIA.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUE)

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro
S01.8	Ferimento na cabeça, de outras localizações

Conduta

Em observação

ERIK HERMINIO DE SOUZA

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Ag. de Cobrança
0733-1

Sít. Especial

N. Contrato
3444410064743

Data de Vencimento
17/07/2019

CAIXA

A vida pede mais que um banco



BOLETO PARA PAGAMENTO



LUE, INTEGRAL, INTEGRAL

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 028.750.895

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	26/07/2019	97	02/08/2019	R\$ 67,10

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/08/2019				
Pagador: JOSE MARCOS DE SOUZA CNPJ/CPF: 025.199.224-19				
RUA PROJETADA S/N - ABEL CAVALCANTE - SAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120004478093	Nr Documento 001494584201907	Data Vencimento 02/08/2019	Valor do Documento R\$ 67,10	Valor Pago
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintia: 0800 021 91 35

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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Lydiella Chaves Alves Pimenta Navarro

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 090 456 694, 39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Enick Hermínio de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.327.184-70,
do sinistro de DPVAT cobertura Imobilized da Vítima Enick Hermínio de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.327.184, 70, 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>R. Flávio Ribeiro</u>	Número:	<u>49</u>	Complemento:	<u>—</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Guimarães</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>—</u>			CEP:	<u>58356-000</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 16/07/19

Lydiella Chaves Alves Pimenta Navarro
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Marcos de Souza,

RG nº 220 5383, data de expedição / /

Órgão _____, portador do CPF nº 025.199.224-19,

com domicílio na cidade de Sapé, no Estado de

Paráiba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Projeta, nº 511,

complemento Abel Cavalcante, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Enick Hermínio de Souza, cujo o condutor era Enick Hermínio de Souza.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/NXR 150 Bros Ano: 2012

Placa: OFZ 8430 chassi: 9C2KD 0550DR 108603

Data do Acidente: 07/04/2019



Local e Data: Sapé - PB 04/07/2019

X J. Marcos de Souza

Assinatura do Declarante

COMPREV

COMPREV SEGUROSE E PREVIDÊNCIAS S/A.

16 JUL. 2019

PROTÓCOLO
3. JOÃO PESSOA

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



FELICIANO DA SILVA

Reclamei, como autentica e verdadeira, assim Firmo-se, o:, Topel é Substituto
JOSE MARCOS DE SOUZA.....
En testada verdade. Sapé-FJ 04/07/2019 09:57:48
Vandilce Cavalcante de Freitas-Santos - Escrivente
F2019-0049921EMOL-R\$ 99,91 FEPER-R\$ 0,29 FEPJ-R\$ 1,98
SELO DIGITAL: A1U68493-HFEN
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO ÚNICO

Severino Lúcio M. Feliciano Sá

Presidente do Conselho de Estado



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1154597

PACIENTE: ERIK HERMINIO DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO: 20.07.99

Data e Hora do Atendimento: 07.04.19

Horário: 22:24h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, dor e abaulamento no punho esquerdo, edema no nariz e lábio superior. Atendido pelo Dr. Gilvandro Carneiro Leal CRM 2489, Dra. Marilene Adjunto Meira CRM 1383, Dr. João Paulo Souto Casado CRM 11598.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMA DE FACE + FERIMENTO NA CABEÇA + FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO CID 10 S 01 8 e S 52 5

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, Rx dos seios da face FN e MN, Rx do antebraço esquerdo AP e Perfil que evidenciou fratura do radio distal esquerdo com colocação da tala tipo luva e encaminhado para o ORTOTRAUMA conforme pontuação.

ALTA HOSPITALAR: Em 08.04.19 às 1:06h com encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pontuação.

Data da Emissão: 29.05.19

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.
16 JUL. 2019

Dr Glender Tércio G. G. da Trindade

Médico Auditor - HETSHL

Mat. 29.031-9/CRM- 3920

Laptopt

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.


SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2778696

Paciente ERIK HERMINIO DE SOUZA	BAE 1154597	Data/Hora Entrada 07/04/2019 22:24:59	Data Baixa
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19a 8m 19d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993029190
Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA			Prontuário
Endereço FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30	Bairro ABEL CAVALCANTE	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARILENE ADJUTO MEIRA	Nº Cons. Regional 1383/PB
Data/Hora Classificação 07/04/2019 22:56:01		Data/Hora Prescrição 08/04/2019 00:53:45	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE, HÁ 6 HORAS. RELATADORES EM ATM. NEGA SÍNCOPE, VÔMITO, NÁUSEA, EPISTAXE. ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇA DE BASE. NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, AFEBRIL AO TOQUE, EM BEG. AO EXAMÉ FÍSICO, APRESENTA, ESCORIAÇÃO EM REGIÃO NASAL, EDEMA EM LÁBIO SUPERIOR-INFERIOR, FERIMENTOS ABRASIVOS EM CAVIDADE INTRA ORAL PROVOCADO PELO TRAUMA DO APARELHO ORTODÔNTICO. FRATURA DO BORDO INCISAL DO ELEMENTO DENTÁRIO 11, ACUIDADE VISUAL, MOVIMENTOS OCULARES E MANDIBULARES PRESERVADOS. OCCLUSÃO ESTÁVEL. BOA ABERTURA BUCAL.

AO EXAME DE IMAGEM, AUSÊNCIA DE SINAIS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD-

- 1- AVALIAÇÃO DA BMF
- 2- PRESCRIÇÃO PARA CASA
- 3- AGENDAMENTO DE RETORNO AMBULATORIAL PARA DIA 20-ABRIL 2019 AS 14 HORAS- HEETSHL
- 4- ALTA DA BMF AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

Conduta

Em observação



Dra. Marilene Adjuto Meira
Cirurgião Buco M. Facial
CRD 1.383

ERIK HERMINIO DE SOUZA

MARILENE ADJUTO MEIRA
(CRO: 1383/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

POSTO I B

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSO - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454547

Paciente ERIK HERMINIO DE SOUZA	BAE 1154597	Data/Hora Entrada 07/04/2019 22:24:59	Data Baixa 2019-04-08 01:06:49.0
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19a 8m 19d	Sexo Masculino	CNS 701307660606530
Mão MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA			
Endereço FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30	Bairro ABEL CAVALCANTE	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO PAULO SOUTO CASADO	Nº Cons. Regional 11598/PB
Data/Hora Classificação 07/04/2019 22:56:01		Data/Hora Prescrição 08/04/2019 01:06:50	

Anamnese

#ORTOPEDIA

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
 QUEIXA DE DOR EM PUNHO ESQUERDO
 ADM PREJUDICADO PELA DOR
 NEUROVASCULAR PRESERVADO

RX COM EVIDENCIA DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CD:

TALA LUVA

ENCAMINHAMENTO CONFORME PACTUAÇÃO

PROCEDIMENTO

TALA LUVA, (OBSERVAÇÕES: A ESQUERDA)

CID10

Código	Descrição
S52.5	Fratura da extremidade distal do rádio

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Usuário JOAO PAULO SOUTO CASADO	Data e Hora 08/04/2019 01:06:49
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

ERIK HERMINIO DE SOUZA

JOAO PAULO SOUTO CASADO
(CRM: 11598/PB)

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome ERIK HERMINIO DE SOUZA						CNS 701307660606530	Prontuário
Data de Nascimento 20/07/1999	Idade 19A 8M 19D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA			Nome da Pai JOSE MARCOS DE SOUZA				
Endereço FIRMINO VIEIRA DA SILVA			Bairro ABEL CAVALCANTE			Cep 58340000	
Município SAPE - PB			Telefone Residencial -			Telefone Celular (83) 993029190	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA			CNES 2593262			Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares		
CID S52.5	Data de encaminhamento 08/04/2019 01:06:49	

Assinatura e carimbo do profissional

Traumínho
Aut Ivenete
Acolhimento



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Erik K. Souza Data: 07/04/19

End.: _____

Bairro: _____ Cidade: Sapé

Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Dúvida mob cl fizes de no dia agunor
ue ps.

for am e conduto

Medicamento Administrado

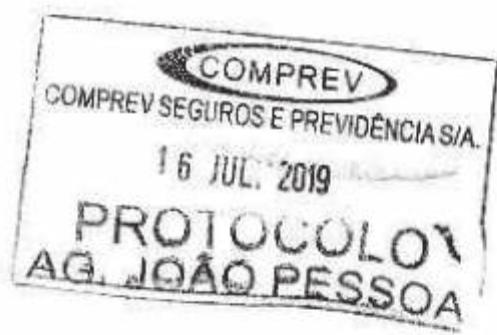
Referenciado para: _____

Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____

Dra Karolyn S. Bianchetti
Médica
CRM-PB 17515



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.448.976	DATA DE EXPEDIÇÃO	27/09/2016
NOME	ERIK HERMINIO DE SOUZA		
PAI/MÃE	JOSE MARCUS DE SOUZA MARIA JOSÉ HERMINIO DE SOUZA		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
	JOÃO PESSOA - PB 20/07/1999		
DOC CRESU	NASC. N. 37647 MLS. 217 LIV.R. 41		
	CARTÓRIO SAPE PB		
CPF	139.327.184-70	AB 12345678901	O +
LAWRENCE COHEN			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB		Nº 014798996030			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO		
1	0050243453-8	00/00000000	2018		
NOME					
JOSE MARCOS DE SOUZA					
CPF / CNPJ		PLACA			
02519922419		OFZ8430/PB			
PLACA ANT / UF	CHASSI				
NOVO PB	BC2KD0550DR108603				
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL			
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL			
MARA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.		
HONDA/NXR150 BROS ES		2012	2013		
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE			
2 P/149 /C1	PARTIC	VERMELHA			
I	COTA ÚNICA	VENC. GOTA ÚNICA	VENC / COTAS		
P		00/00/0000	1*		
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*		
A	*****	0	3*		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
*****		*****	SEGUR	PAGO 09/05/2019	
OBSERVAÇÕES					
SEM RESERVA DE DOMÍNIO					
0					
SAPE-PB	LOCAL	DATA			
42641		10/05/2019			
20303					

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014798996030 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

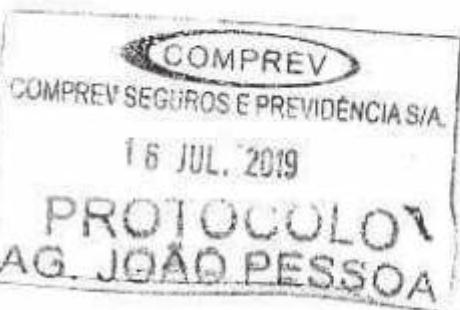
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	02519922419	OFZ8430/PB
RENAVAM	MARA / MODELO	
00502434538	HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB.	CAT. MODE.	Nº CHASSI
2012	9	9C2KD0550DR108603
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL ASSEGURADO PELO R\$ (R\$)
*****	SEGUR	PAGO
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
09/05/2019		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

20303-1509128-20190510





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432112 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432112 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Renil Hermínio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** solteiro
PROFISSAO: Mundador **Nº DO RG:** 4.448.976
ÓRGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 27/09/2016
Nº CPF: 139.327.184-70 **ENDEREÇO:** R. Projeta da, 01m, Abel Carvalho, Sá - PB, cep n° 58340-000.

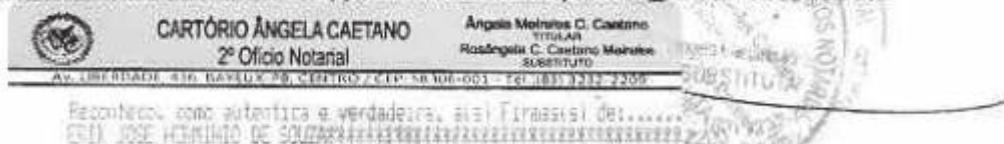
OUTORGADO: Apolinária Chaves Alves Pinsea Navarro
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** Casada
PROFISSAO: Adoçada **Nº DO RG:** 3363751
ÓRGÃO EMISSOR: SSP - PB **DATA DE EMISSÃO:** 04/11/2015
Nº CPF: 090.456.694-39 **ENDEREÇO:** R. Florio Reisimo n° 49, Jardim, Gurinhém - PB, cep n° 58356-000.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Renil Hermínio de Souza, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Bayeux - PB , 02 de Julho de 2019.
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
16 JUL. 2019
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241284/19

Número do Sinistro: 3190432112

Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA

CPF: 139.327.184-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: ERIK HERMINIO DE SOUZA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

ERIK HERMINIO DE SOUZA : 139.327.184-70

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

CPF: 090.456.694-39

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA