

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS**

Nº Sinistro: **3180554520**

Vítima: **FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS**

Data do Acidente: **09/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180554520**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13642019



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

917.027.044-91

Fernando Francisco de Farias

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Fernando Francisco de Farias		917027044-91		Encarregado	
Endereço		Número		Complemento	
Cidade		Estado		CEP	
Baairro		Cidade		CEP	
Tilviri II		Santa Rita		58300-000	
Email		Telefone (DDD)			

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0037

00146944

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 22 de novembro de 2018

Local e Data

Fernando Francisco de Farias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02137.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02137.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:10 horas do dia 07 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fernando Francisco de Farias**, CPF nº 917.027.044-91, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Encarregado, filho(a) de Maria Antônia de Farias e Francisco Lucas de Farias, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 26/04/1977 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cirilo Dias, Nº 15, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Colégio Anibas Limeira, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98120-8609.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av Arnóbio Marojas, Posto de Combustível, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/18 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

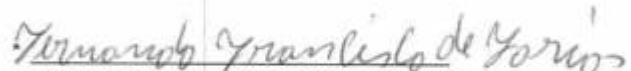
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

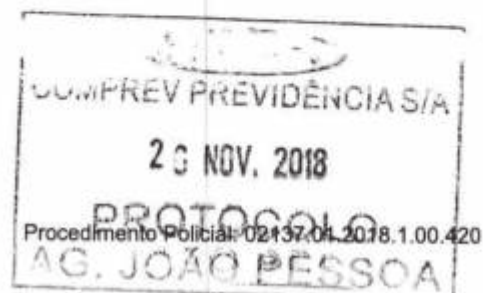
QUE trafegava com o pas/veículo tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/XRE 300, ano e modelo:2017/21018 Dde cor verde,placa:OFH 1701/PB,Chassi nº 9C2ND1110JR100053,regiostrado em nome do notificante;QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão, quando um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar a marca e modelo nem placa do mesmo passou pelo notificante chegando a tocar guidão com guidão, vindo o notificante a quebrar o dedo;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1484/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de novembro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS  
Noticiante



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Fernando Francisco de Farias</i>	CPF da Vítima <i>917.027.044-91</i>	Data do Acidente <i>09/06/2018</i>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

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

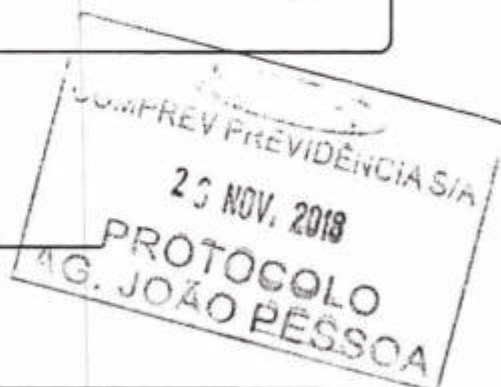
**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Local e Data



*Fernando Francisco de Farias*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Ficha Nr: 137209 Atd: Nao Regulado  
Data: 16/06/2018  
Hora: 21:20:31  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRANO  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS Num. de vezes atendido: 2  
CNS: 700001046622808 Sexo: M IDENTIDADE: 1669226 Fone: 81208609 Num. Prontuario: 2018.06.001207  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/04/1977 Id: 41 ano(s)  
End.: RUA SIMON BOLIVAR, 462  
Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB  
Mae: MARIA ANTONIA DE FARIAS Pai: FRANCISCO LUCAS DE FARIAS  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: ENCARREGADO SEM ESPECIFICAA, -AO Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS  
/Doc. Responsavel: 81208609 / IDENTIDADE: 1669226  
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO  
Vitima de violência por: NAO  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

Lesão Principal

UMA EM DEDO DA MAO ESQUERDA

*fx em 5º dedo da mão ESQ há 8 dias. (1) inclusão de Tto  
cirúrgico. não suficiente.*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

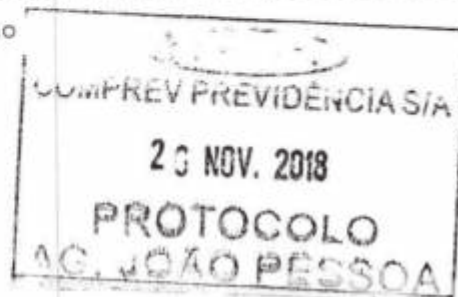
Diagnostico

| Conduta

Prescrição

*internamento.*

| Horario da medicacao



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia*

*Assepsia + Antissepsia*

*Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

## Incisão:

## Achados:

*Visualização de fratura de quinto metacarpo esquerdo com uso de intensificador de imagem*

## Conduta:

*Realizada manobra de redução com uso de intensificador de imagem*

*Redução de fragmentos ósseos do Metacarpo*

*Aposição de 02 fio(s) de kirschner em metacarpo*

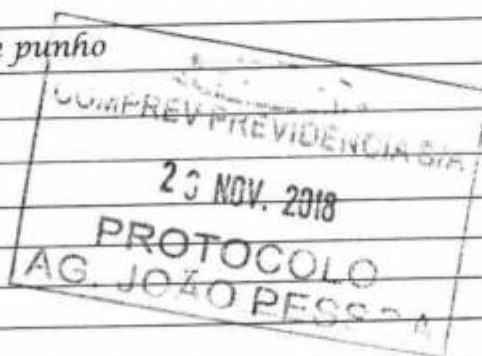
## Fechamento:

*Limpeza com SF a 0,9% de punho*

*Curativo*

*Tala em garrafa*

## OBS:



Data:

19/06/18

Dr. Jorge Augusto  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9127 - PB  
CRM 80770 - PE

MÉDICO/CRM

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000146944-8

---

Nr. da Autenticação 12FC3DEAC649D7C0





# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

INFORME EST. NÚMERO
MATRICULA
70132330
REFERENCIA
JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS  
RUA CIRILO DIAS, 15 - JARDIM EUROPA I SANTA RITA  
PB 58300-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
003.013.083.0310.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V11X176682	22/11/2011	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA						
643	657	14	32	15/07/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 M5.						
MAI/2018	9	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2018	9	0	TURBIDEZ	79	86	86
MAR/2018	10	0	CLORO	79	86	86
FEV/2018	9	0	COL.TERMOT	0	0	0
JAN/2018	10	10	COR	20	86	86
DEZ/2017	13	0	COL.TOTAIS	79	86	86
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A: ABR/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 18/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 12:14:40

DESCRIÇÃO  
AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	4 M3	19,56
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 5,32 PIS E COFINS LET 12.741/12

VENCIMENTO: 28/06/2018

R\$ 57,47



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

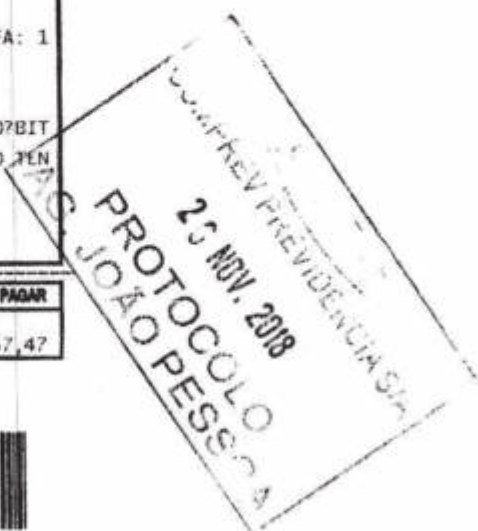
SR. USUÁRIO: EM 31/05/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÍBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO JÁ TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



CAGEPA  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70132330	JUN/2018	28/06/2018	R\$ 57,47

82620000000 6 57470010003 9 07013233001 3 06201870003 9





Received: 2015-01-18; Accepted: 2015-04-20

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.  
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from John Wiley & Sons, Inc.

资料来源：根据《中国统计年鉴》、《中国农村统计年鉴》、《中国农村住户调查年鉴》整理。

[illegible]

Call new Disk Automation. 303.448.0353

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010 842 224-46
UC (Unidade Consumidora):			5/1698358-7
Canal de contato			

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/03/75	2540	11/10/75	3042		250	22
<b>Demonstrativo</b>						
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cod. An.	Valor Total
0601	Consumo energia	214,000	0,002620	170,75	15 72 25	44,94
0601	Adm. B. Vemenda			15,72	15 72 25	2,83
0607	CONTRIB. SERV. LUM. PUBLICA					

Media últimos meses (kWh)	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	-------------	---------------

28/10/2018	RS 207,23
------------	-----------

RESERVADO AO FISCO

acb7\_d360\_4152\_6dfc\_e508\_1855\_4f76\_7143

## Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
COMERCIAL	0.00		Limite de Tensão superior	25.41	17.00
COMERCIAL	0.00		Limite de Tensão inferior	0.00	0.00
INDUSTRIAL	0.00	ACRÉSCIMO	Limite de Tensão superior	4.00	2.75
INDUSTRIAL	0.00		Limite de Tensão inferior	0.00	0.00
RESIDUAL	0.00	CONTRAÇÃO	Limite de Tensão superior	0.00	0.00
RESIDUAL	0.00		Limite de Tensão inferior	0.00	0.00
TRANSMISSÃO	0.00	ACRÉSCIMO	Limite de Tensão superior	0.00	0.00
TRANSMISSÃO	0.00		Limite de Tensão inferior	0.00	0.00
TRANSMISSÃO	0.00	CONTRAÇÃO	Limite de Tensão superior	0.00	0.00
TRANSMISSÃO	0.00		Limite de Tensão inferior	0.00	0.00
<b>Total</b>				<b>29.41</b>	<b>19.75</b>

**ATENÇÃO**

**Faturas em atraso**

Requisito Tercera Virginia 2008 Reg. A208, # 2 438-800 Tercero 15.41% Menor  
Requisito Tercera Virginia 2008 Reg. A208, # 2 438-800 Tercero 15.41% Menor  
- 100% de la primera

2. *Author's address:*

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
------------	---------------

PREFACE

Received 12 June 2002; accepted 22 July 2002

收稿日期:2010-03-10; 修回日期:2010-04-25

29/10/2018

RS 207.23

83670000002-6 07230149000-8 16983582018-7 10600005018-0



COMPROVA PREVIDENCIA SIM  
23 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
1040 PESCOA



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Francisco de Farias inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 917.027.041-91, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima  
Fernando Francisco de Farias inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.027.041-91, 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>Agente Fiscal Jose E. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mar Gabeira</u>	Cidade <u>José Pessoa</u>	Estado <u>RO</u>	CEP <u>68056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4960</u>	Telefone celular (DDD) <u>99342-1170</u>

José Pessoa de 21 de novembro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante





## CERTIDÃO

Nº. 1484/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 135331 e Prontuário nº 2018.06.001207 pertencentes a **FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS** que foi atendido dia 09/06/2018 às 22H02min, vitima de colisão moto x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º quirodáctilo de mão esquerda. Alta a pedido dia 07/06/2018. Retornou dia 16/06/2018 às 21h20min com ficha nº 137209 apresentando fratura em 5º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/06/2018 com alta médica dia 20/06/2018.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 16 / 06 / 18

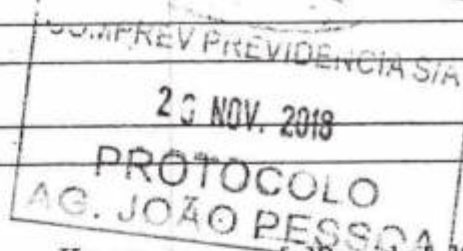
Nome: Fernando Francisco de Faria  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento:    /    /   

QPD: Ex em 5º DE 2009 há 7 dias C/ Dor

HDA: \_\_\_\_\_

Paciente atendido no unidade há 7 dias C/ Fx de 5º  
DE. nup-x e interm-re. Ntema hoje querendo  
Ho unio.

Medicações em uso: no.



### Interrogatório Sintomatológico:

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

**Pele:** \_\_\_\_\_

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

**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

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

[ ]Trauma [ ]Neo [ ]Tabagismo

[ ]Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: Fx de Fda 3º QOE C/ dmu

Conduta: ① internado p/ Tto curativo

② Sol pra-op

③ imobilização

Dr. João Paulo Primo  
Ortopedista Traumatologista  
CRM 3848/TEOT 15500



Nome: <i>FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS</i>				Registro:	
Idade: <i>41 A</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>19 / 06 / 2018</i>			Cirurgião: <i>Jorge Augusto</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura do quinto Metacarpo Esquerdo</i>					
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
23 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Leonardo Marcelo de Jesus*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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

Ficha Nr: 135331 Atd: Nao Regulado  
Data: 09/06/2018  
Hora: 22:02:43  
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA FAF  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.001207

CNS: 700001046622808 Sexo: M IDENTIDADE: 1669226 Fone: 81208609

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/04/1977 Id: 41 ano(s)

End.: RUA SIMON BOLIVAR, 462

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARIA ANTONIA DE FARIAS

Pai: FRANCISCO LUCAS DE FARIAS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ENCARREGADO SEM ESPECIFICAA, -AO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

Tel/Doc. Responsavel: 81208609 / IDENTIDADE: 1669226

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE UPA SANTA RITA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO

Vitima de violência por: EM SANTA RITA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

TRAUMA EM MSE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

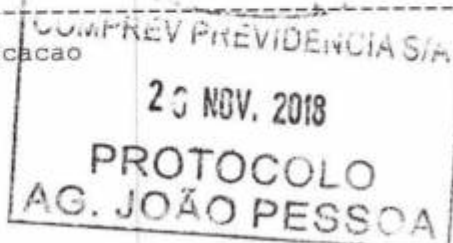
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

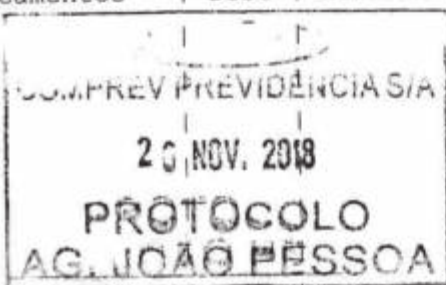




Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Fernando Francisco de Torres*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

**TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR**

NOME: Fernando F<sup>ro</sup> de Farias IDADE: 41a  
DESTINO: Ortopedia DATA E HORA DA ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ AS \_\_\_\_\_ H  
CONTATO PRÉVIO: Raquel DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: 09/06 AS 21 H 30.  
Rebeca

**HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO**

PA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

Paciente apus dor + limitação do movimento em 5º dedo da mão E, após redução a moto.

**MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO**

coltaru 75mg IM  
diclofenac 4mg IM

**EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS**

anamnese + exame físico + Rx

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA – INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA**

Fratura talange proximal  
do 5º dedo da mão E

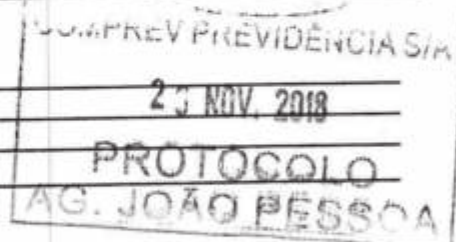
**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO:

Dr. Pollyanna P. Cesarino  
CRM-PB 10537 ENEMEP 19596  
CNS 104.0048 8901 7153





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>41 A</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>16/06/2018</i>		DATA DE ALTA <i>20/06/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Metacarpo</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)  
*Paciente portador(a) de fratura do metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.  
 Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.  
 Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *PROFENID, CEFALOXINA*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.  
 Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

*20/06/18*

DATA

*Dr. Jorge Augusto*  
 Médico de Ortopedia  
 CRM 17-78




ASS. MÉDICO / C.R.M.

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



PRIMEIRO PLASTIFICAR  
1280541671

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1280541671

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TREINAMENTO FABRIL NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME: <b>FRANCISCO DE FARIAS</b>	
DOC. IDENTIFIC. / OUT. SERVIÇO Nº	SSP
CE	SP
917.027.044-91	DATA NASCIMENTO: 26/04/1977
NASCIMENTO: <b>FRANCISCO LUCAS DE FARIAS</b>	
MATERIA: <b>MARIA ANTONIA DE FARIAS</b>	
1º APLICACAO	22/03/2012
	
Observações: 	
LOCAL	DATA ASSINADO
<b>JOAO PESSOA, PB</b>	<b>04/04/2016</b>
	
34503605832 FPO032388020	

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
20 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA.

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
26 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
26 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813767123

4420805553

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

DRT 20180000019630-9

1 0114117237-0 00/9560000

FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

RUA CIRILO DIAS 15

JARDIM EUROPA I

58300000 SANTA RITA-PB

91702704491

0FHI101/PB

MOTOMAR PECAS E ACESSORIOS LTDA

NOVO PB 5C2ND1115JH100053

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/XRE 300

2014-2018

2 P/291 /CI PARTIC

VERDE

A.F. ADM DE COMERCIALIZAÇÃO HONDA LTDA

N. MODELO : NDI111100017

SANTA RITA-PB

12.04.2018

41980

55750

COMPREVEVIDENCIA S/A  
23 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180554520 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Fernando Francisco de Farias,  
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão  
Encarregado, CI RG nº 1669226,  
CPF/MF nº 917.027.044-91, residente e domiciliado(a) à Rua  
Rua Cirilo Dias, 15 - Jardim Europa,  
Cidade de Santa Rita, Estado  
Paraíba, CEP: 58300-000, telefone  
83-98663-4900 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita, 08 de novembro de 2018

DOURADO  
DE AZEVEDO

Fernando Francisco de Farias

OUTORGANTE



Serviço Notarial e Registral  
**DOURADO DE AZEVEDO**  
1º Tabelionato de Protesto de Letras  
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 21  
CEP: 58300-150  
Fone/Fax: (83) 3229-2252  
Santa Rita - Paraíba  
C.N.R.J.: 09.308.622/0001-33



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimada(s)  
FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS\*\*\*\*\*  
Em testada verdade. Santa Rita-PB 08/11/2018 12:13:49  
Gerlane Ribeiro da Costa - Escrevente Substituta  
[2018-008908]EMOL:R\$ 89,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEJUTM:190 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHT42892-9904  
Confirma a autenticidade em <https://colnotarial.tinh-inc.br>

PROTOCOLADO  
23 NOV. 2018  
AG. JOÃO PESSOA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426397/18

**Vítima:** FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

**CPF:** 917.027.044-91

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 09/06/2018

**Titular do CPF:** FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS

**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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### FERNANDO FRANCISCO DE FARIAS : 917.027.044-91

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: 26/11/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA