

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190349697**

**Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

**Data do Acidente: 13/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO**

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

**Senhor(a), GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

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](http://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, 30 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190349697**

**Vítima:** GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

**Data do Acidente:** 13/01/2019

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência 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](http://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 Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190349697**

**Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

**Data do Acidente: 13/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

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 ASI:

CPF da vítima:

094.280.554-25

Nome completo da vítima:

GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO

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

Nome completo:

GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO

Profissão:

AGRICULTORA

Endereço:

SINÔ RAPADOR

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

ALAGOA GRANDE

Estado:

PB

CEP:

58388 - 000

E-mail:

omarfreialmeidaandrade@gmail.com

Tel. (DDD):

(83) 9999-7360

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104) 0P013

AGÊNCIA: 4553

CONTA: 0418

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

#### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: 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.



Local e Data: ALAGOA GRANDE/PB - 28/05/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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.

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 MAIO 2019

2º | Nome:

CPF:

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

# 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 ASI:

CPF da vítima:

094.280.554-25

Nome completo da vítima:

GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO

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

Nome completo:

GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO

Profissão:

AGRICULTORA

Endereço:

SINÔ RAPADOR

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

ALAGOA GRANDE

Estado:

PB

CEP:

58388 - 000

E-mail:

omarfreialmeidaandrade@gmail.com

Tel. (DDD):

(83) 9999-7360

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104) 0P013

AGÊNCIA: 4553

CONTA: 0418

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

#### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
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.



Local e Data: ALAGOA GRANDE/PB - 28/05/19

Nome:

CPF:

(\*) 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:

28 MAIO 2019

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) 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.



ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ:17698753/0001-1 TEL: (83)3273-2240

---

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA – SAMU 192  
ALAGOA GRANDE- PB

*Ato Declaratório*

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que, o Sr. GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO foi atendido no dia 13/01/2019 pela Unidade de Suporte Básica de Vida deste serviço, vítima de queda de moto, o mesmo encontrava-se consciente, orientado apresentando SSVV preservado, sem capacete, sem sinais aparente de fratura, realizado protocolo de imobilização do SAMU sendo o mesmo encaminhado para o Hospital local de Alagoa Grande.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
28 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Alagoa Grande, 23 de janeiro de 2019.

Coordenador Samu  
Italo Agra

ITALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192

BANCO DO BRASIL

001-9

Código:  
LEMOS & MORAIS LTDA - ME - CNP  
Número do Documento:

Nome:  
2019

Nº do Código do Beneficiário:  
1 / 00010598-8

Identificação:  
4889001113598

Desconto:

- credito/abatimento

multa:

outros Acréscimos:

outros Credito:

NA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Nome do beneficiário: Banco do Pagador

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02872.640004 01113.598179 5 78850000004990

Local de pagamento:

Qualquer agência bancária até o vencimento

Vencimento:

10/05/2019

Beneficiário:

LEMOS &amp; MORAIS LTDA - ME - CNPJ 05.913.968/0001-22, TELEFONE - 3271-1034

Agência/Código do Beneficiário:

2896-4 / 00010598-8

Data do documento:

22/10/2018

Número documento:

614201

Espécie Doc.:

DS

Acerto:

N

Data processamento:

22/10/2018

Nosso número:

28726400001113595

Uso do banco:

Carteira:

17

Espécie:

R\$

Quantidade:

49,90

Valor documento:

49,90

(-) Valor documento:

49,90

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

SR, CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA,  
CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58368-000 - EM FRENTE AO TRIUNFO ( ADVOGADOS E ASSOCIADOS )

(-) Desconto/Abatimento:

(-) Outras Deduções:

(+/-) Multa:

(+/-) Outros Acréscimos:

(-) Valor Cobrado:

Pagador:

ID: 14358 - EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 095.810.724-62

RUA CONEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887

CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58368-000 - EM FRENTE AO TRIUNFO ( ADVOGADOS E ASSOCIADOS )

Login: egos2

Sacador/Avaliista



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



BANCO DO BRASIL

001-9

Código:  
LEMOS & MORAIS LTDA - ME - CNP  
Número do Documento:  
1

Nome:  
2019

Nº do Código do Beneficiário:  
1 / 00010598-8

Identificação:  
4880001113598

Desconto:

- credito/abatimento

multa

outros Acréscimos

outros Credito:

/

001-9

NA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

001-9

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para servir de pagamento na fatura fisiológica da energia elétrica N° 025.450.589



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. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ANTONIA DA COSTA DE SOUZA  
SIT RAPADOR S/N  
ALAGOA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/716652-3

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2019

24/05/2019

0

31/05/2019

R\$ 19,85

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/06/2019

Pagador: ANTONIA DA COSTA DE SOUZA CNPJ/CPF: 020.351.854-32

SIT RAPADOR S/N - AREA RURAL - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001973021	000716652201905	31/05/2019	R\$ 19,85	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

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](http://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 Ouvidoria: 0800 021 9135

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILANA GOMES ONDRE DE ARAÚJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 095.810.729 / 62, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.180.554 / 05,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.280.354 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADA 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 CONEGO FIRMINO CAVALCANTE</u>		Número:	<u>887</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>ALAGOA GRANDE</u>	Estado:	<u>PB</u> CEP: <u>58388-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD):	<u>83 99997.7360</u>

Local e Data: Alagoa Grande, 01 de maio de 2019

x Edilana Gomes Onire de Araújo  
Assinatura do Declarante





UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital de Trauma da CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital da Al. Nova

NOME DO PACIENTE: Gerson Kelly de Souza Araújo

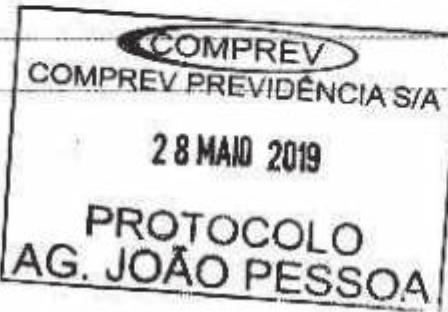
PROCEDÊNCIA:

Encontrado a pet cão, 28 anos, dano TCE lhe houve de 5 dias, dano acidente motociclistico. A nome apesar que estava si capacita e não lembra do acidente. Vem molhando os olhos, nausas e apistax e desidratação.

Ex fisiologico, tontos e abdome si alterado.  
ECG 15, pupilas isocônicas e foto-sensíveis.  
Col. enema e pt. avulsões de rebo.

HD TCE lheve.

Atto



ALAGORA GRANDE (PB):

Dr. Daniela Cunha  
FONTE  
026-83-4732

17101119

MÉDICO



### Ficha de Acolhimento

Nome:	Kelly Kelly de Souza Macys		
End:	São Joaquim		
Data de Nascimento:	05/05/1990		
Queixa:	molas		
Acidente de trabalho?	( <input type="checkbox"/> ) Sim	( <input type="checkbox"/> ) Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Bom	( <input type="checkbox"/> ) Regular	( <input type="checkbox"/> ) Baixo	Aspecto:	( <input type="checkbox"/> ) Calmo	( <input type="checkbox"/> ) Fáceis de dor	( <input type="checkbox"/> ) Gerente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	( <input type="checkbox"/> ) Livre	( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas	( <input type="checkbox"/> ) Maca				

### Estratificação

- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 11c

Amarelo - atendimento até 1 hora  
Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



## SERVIÇOS REALIZADOS:

REGISTRO DO PACIENTE

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

107

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  
( ) Internação (seletiva) \_\_\_\_\_  
( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia  
( ) Detisão Médica \_\_\_\_\_

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

~~Ass. do paciente ou responsável( quando necessário)~~

<https://doi.org/10.1101/impresurgenciatv.pdf?conver=1814994>



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

**ATESTADO**

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Geraldo Willian Oliveira  
SÉRIE \_\_\_\_\_ PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°. \_\_\_\_\_  
ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N°. 506  
O PERÍODO DE 17/11/2019 A 20/11/2019 NO CID. DURANTE  
15 dias DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
Campina Grande 20/11/2019

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

## REQUISIÇA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NAME:	G	C	S	I	M	K	E	L	Y	D	O	S	O	U	A	
IDADE:	SEXO	COR:										PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITC
	M	F	B	P	A											

DADOS CLÍNICOS:

POLÍTICA

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RAIO-X DE CÔDIA X RÓTULAS  
RAIO-X DE PÉS X AL

URGÊNCIA:	ROTINA:	JOSE ARTHUR GOMES GRM/PE 25643
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	14/10/12

Data da internação: 17/01/2019 Hora: 17:04:13

SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1815226

7 - CARTÃO DO SUS

704707015835240

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/05/1990

9 - SÉXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO

11 - TELEFONE DO CONSELHO

DCA 83 993703308

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO RAPADOR , 0 , ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alagoa Grande

14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO

250030

15 - UF

PB

16 - CEP

58388000

— JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO —

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ardeuse de mato e charnecas  
extraordinária.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Respira com dificuldade

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ex de exame / Gás fôntana

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

21 - CID 10 PRINCIPAL

S01

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

S02

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

— PROCEDIMENTO SOLICITADO —

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

NIC

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

( X ) CNS / ( ) CPF

29 - N° DOCUMENTO/CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016287948286

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/01/2019

32 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

30 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOF

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

— AUTORIZAÇÃO —

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

19 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

46 - N° DOCUMENTO/CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

/ /

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Nome	Sobrenome	Endereço	Alojamento	Leito	Convênio
12401100	1.1	Diana	Carvalho	Salvador	10	SAE
12401100	2.1	Silvana	Wendy	Salvador	10	SAE
12401100	3.1	Dulciane	Amélia	Salvador	10	SAE
12401100	4.1	Tânia	Andrade	Salvador	10	SAE
12401100	5.1	Cátia	Andrade	Salvador	10	SAE
12401100	6.1	Flávia	Andrade	Salvador	10	SAE
12401100	7.1	Renata	Andrade	Salvador	10	SAE
12401100	8.1	Alessandra	Andrade	Salvador	10	SAE
12401100	9.1	Giovanna	Andrade	Salvador	10	SAE
12401100	10.1	Clara	Andrade	Salvador	10	SAE
12401100	11.1	Ingrid	Andrade	Salvador	10	SAE



Data: 18/01/2019  
Horas: 11:14:13  
Médico (a) Diarista: Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prenúncio: 1815226 Paciente: GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO Idade: 028

Nome da Mãe: MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO Data de Nascimento: 28/05/1990 Sexo: F

Hospital: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 8 Diagnóstico:

2-3

DIA 18/01/2019

MÉDICO(A): Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA VIA ORAL	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	8 20 26
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 20 26
4	CETOPROFENO 400 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	18 08
	Diluir em 150 SF	
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	
5	NECESSARIO	
	SE VOMITOS	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h)	26
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	
7	NECESSARIO	
	SE DOR REFRATARIA	
8	FENTOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	18 20 26
9	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
	SE HGT<70MG/DL	
10	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	
	SE PA>180X110MMHG	
11	DECUBITO ELEVADO	
	DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 4h/4h	
	CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	18(143) 06(141)

ver

re

se o m/s

D m/s

FEV 2018

Lod. - pm

Saul C. M. Quinino  
CRM-PB 8737  
CPF: 026.936.191-40



**RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

*Mrs. Lucy Kelly m. 31/03/19*

DN:

PRONT. Nº:

FUTRALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

MISSÃO: *12/01/19*

ALTA: *02/02/19*

motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

*Histórico de dor no abdômen*  
*Praticado exames*

resultado dos principais exames

*Ultrassom abdominal*

Solução e complicações

*Medicamentos*

Terapêutica realizada

*Medicamentos*

Indicativo (hipotético ou definitivo)

*Teg*

Internações médicas para pacientes / egresso

*02/02/19*

Condições de alta

Curado

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

Transferido para:

**RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

*S. Guy Kelly da Costa Souza*

DN:

PRONT. Nº:

JURALIDADE:

ISSÃO: 17/03/19

PROCEDÊNCIA:

ALTA: 20/03/19

motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

*Histórico de queixa do rosto  
O esofágico O respi*

resultado dos principais exames

*efetuação: pequeno H/B Tumores. O*

solução e complicações

*Fora evolução.*

terapêutica realizada

*curativo Taponarico: aspirante e fisiocidio*

diagnóstico (hipotético ou definitivo)

*Tes*

entrega médica para pacientes / egresso

*Oncopress 21 mafusgo*

condições de alta

Curado

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

Transferido para:

*20/03/19*

*ppcar*





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **094.280.554-25**

Nome: **GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

Data de Nascimento: **28/05/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **25/03/2008**

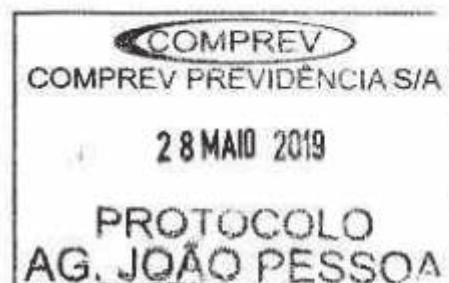
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:02:07** do dia **28/05/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **CFEC.B53E.B877.D551**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190349697      **Cidade:** Alagoa Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO      **Data do acidente:** 13/01/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 18/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL.  
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 12

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA 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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180306/19

**Vítima:** GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

**CPF:** 094.280.554-25

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/01/2019

GEISY KELLY DE SOUSA  
ARAUJO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO : 095.810.724-62

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

### GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO : 094.280.554-25

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: 28/05/2019  
Nome: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
CPF: 095.810.724-62

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180306/19

Número do Sinistro: 3190349697

Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

CPF: 094.280.554-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/01/2019

GEISY KELLY DE SOUSA  
ARAUJO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO : 094.280.554-25**

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: 11/06/2019  
Nome: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
CPF: 095.810.724-62

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA