
Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190054929

Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190054929

Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190054929

Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐

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

☐ Bradesco (237)

☐

Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐

Caixa Econômica Federal (104)

☒

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESLO (237)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (assinale 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 assinado, 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado Judicialmente

☐

Víuvo

Data do óbito da vítima:

Gráu 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 (val 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, João Pessoa - PB 15 de janeiro de 2019

Nome: Jordan Nelson da Silva Santos

CPF: 014.475.714-10

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Bradesco

VALIDAR O CARTÃO NO ATIVADOR

5090 0019 2075 7109

11/21 2108 3 0046771 5 01 00

JORDAN N DA SILVA SANTOS



elo



INV

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01949.01.2018.1.00.420

RECEBIDO

16 Jan 2019

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01949.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:52 horas do dia 15 de outubro 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jordan Nelson da Silva Santos**, CPF nº 014.475.714-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Barbeiro, filho(a) de Janaina da Silva Santos e Mauro Donizete dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/09/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Dantas de Almeida, Nº SN, complemento RC. 4, AP. 301, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Dilmão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98821-1551.

Dados do(s) Fatos:

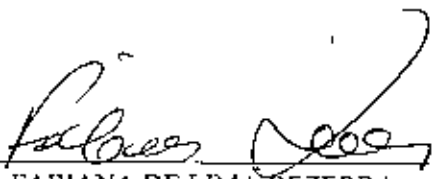
Local: Br 101, Nas Proximidades da Gauchinha, Sentido Centro, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 22/06/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

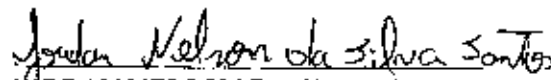
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA JTA/SUZUKI INTRUDER 125, VERMELHA, 2008/2009, PLACA NPS9879/PB, CHASSI 9CDNF41AJ9M215608, registrada em nome de Marcos Antonio F. de Medeiros, quando perdeu o controle ao passar por um buraco vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBÁ ARCE, CRM 3323/PB, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que após o acidente conseguiu se levantar e ir na própria moto para casa e no dia seguinte procurou o Hospital João Paulo II, sendo encaminhado de ambulância para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde deu entrada dia 23.06.2018, às 21h30; 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, 15 de outubro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS
Noticiante



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 014.475.714-10 Nome completo da vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

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

Nome completo: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS CPF: 014.475.714-10

Profissão: RECUSO Endereço: RUA JOSÉ DANTAS DE ALMEIDA BL-4 Número: 35 Complemento: APT 301

Bairro: JARDIM VENEZA Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58084-145

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESLO (237)

AGÊNCIA: 0108 3 CONTA: 0046771 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 15 de Janeiro de 2019

Nome: Jordan Nelson da Silva Santos

CPF: 014.475.714-10

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Jordan Nelson da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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 RGO, 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.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JORDAN NELSON DA SILVA SANTOSRG nº 3.166.217, data de expedição 11/04/17, Órgão SSVS/PB,

CPF nº 014.475.714-10 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	EUA JOSÉ DANTAS DE ALMEIDA
Número	35
Apto / Complemento	APT 301 BL - 4
Bairro	JARDIM VENEZA
Cidade	JOÃO PESSOA
Estado	PB 58084-145
CEP	58084-145
Telefone de Contato	(83) 9.9960-8384
E-mail	FABIOLOPESADYOCACIA@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 15.01.19.Assinatura do Declarante: Jordan Nelson da Silva Santos



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-87

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

JANAÍNA JUSTINO DA SILVA
RUA JOSE DANTAS DE ALMEIDA, 35 - AP 301 BL. 4 -
JARDIM VENEZA JOÃO PESSOA PB 58084-145

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.032.118.0079.301		301	Sanitário	Cozinha	Quarto	Outros	
			1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A121252525	20/03/2013	EXT LATERAL	LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	LIMITE DE DIAS		PROXIMA LEITURA		
486	501	15	31		08/12/2018		
HIST. CONS./AÍCOR. LEIT. 1 QUANTID. ÁGUA-ANEXO DO PORT. 05/2017 MS.							
OUT/2018	12	PARANILHOS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
SET/2018	11	TURBIDEZ	268	277	277		
AGO/2018	9	CLORO	268	277	277		
JUL/2018	6	COL. TERMO	0	0	0		
JUN/2018	7	COR	73	98	98		
MAI/2018	5	COL. TOTAIS	268	277	277		
MDIA(M)	8	DADOS REFERENTES A: 05/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 09/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:29:56

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	9 M3	24,45
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	9 M3	19,55
ACRESCIMOS (R\$) MES (R\$) ANL. 11/2018		1,37
JUROS DE MORA 07,018		1,40

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 10,38 DTS E CONTRIB. LEI 22.741/12

VENCIMENTO: 22/11/2018 **Total a Pagar: R\$ 115,01**



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	PERÍODO DA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70623708	NOV/2018	22/11/2018	R\$ 115,01

8765000001 1 15810010001 8 07062370801 6 11201870003 2



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58 015-570 - CNPJ: 09 123 654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
ENTRAR NESTE NÚMERO

70623708

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO F. F. F. F. F.

JANAINA JUSTINO DA SILVA
RUA JOSE DANTAS DE ALMEIDA, 35 - AP. 301 BL. 4
JARDIM VENEZA JOAO PESSOA PB 58084 - 145

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.032.118.0079.301	301	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esg
A12F252525	20/03/2013	EXT LACK	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	PERÍODO DIA	PROXIMA LEITUR
501	520	19	31	10/01/2019

HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. ÁGUA	ANÁLIS	CONDI
NOV/2018	15	PARÂMETROS	ENTR	ANÁLIS
OUT/2018	12	TURBID.	0	0
SET/2018	11	CLORO	0	0
AGO/2018	9	COL. THEROT	0	0
JUL/2018	6	COR	0	0
JUN/2018	7	COL. TOTAL	0	0
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A JUL 2018		



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCOS ANTONIO FERNANDES DE MEDEIROS,
 RG nº 866.502, data de expedição 21/10/97,
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 467.980.214-68 com
 domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
E. YANJA VIANA SALES 138 AP 101, nº 138,
 complemento BESSA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima BRENNELSON DA SILVA SANTOS cujo o condutor era
A VÍTIMA SUPRAMENCIONADA.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: JTA/SUZUKI INTERCER 125
 Ano: 2008/2009
 Placa: NPS - 9879/PB
 Chassi: 9CDWF41A70M215608
 Data do Acidente: 22/06/18
 Local e Data: JOÃO PESSOA, PB - 15/01/2019

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Marcos Antonio Fernandes de Medeiros
 Assinatura do Declarante

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





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jordan Nelson da Silva Santos
DATA DE NASCIMENTO 25/09/98
NOME DA MÃE Janaina da Silva Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 109499
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1090136
DATA DO ATENDIMENTO 23/06/18
HORA DO ATENDIMENTO 21:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Trauma de testículo esquerdo com lesão de albugínea
CID 10 S31.3

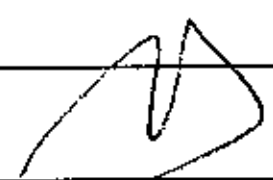
AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando dor e edema testicular esquerdo, traz USG: testículo esquerdo heterogêneo, com descontinuidade da albugínea. Avaliado pela Urologia e internado para tratamento cirúrgico.

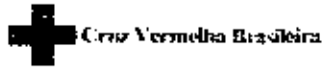
TRATAMENTO:

Orquiectomia esquerda

ALTA HOSPITALAR: 25/06/18
DATA DA EMISSÃO: 298/9/18


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1090136

Identificação do paciente

ID 1300286	Nome JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 25/09/1998	Idade 18 anos 8 meses 29 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe JANAINA DA SILVA SANTOS	Pai MAURO DONIZETE DOS SANTOS	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986501333	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3166217	NP Cns 700602917331668
Local de procedência BR 101	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade	CBO/R

Endereço

CEP 58079745	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NELSON DOS SANTOS
Número 60	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS	

Admissão

Data e Hora 23/06/2018 21:30:34	Número da pulseira 1000005179748	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
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	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Pod. admitido retorno de soc. le. male com dor e edema, nos testículos. Incomum p/ o B.R. ~ Kerma. 37.3 41.7.						
Diagnóstico						CD
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						Tempo 01min 08seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS		BAE 1090138	Data/Hora Entrada 23/06/2018 21:30:34	Data Baixa
Data de nascimento 25/09/1998	Idade 18a 8m 30d	Sexo Masculino	CNS 700602917331665	Telefone de Contato (83) 986501333
Mãe JANAINA DA SILVA SANTOS				Prontuário
Endereço NELSON DOS SANTOS, 60		Bairro FUNCIÓNIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO DIAS DORNELAS FILHO	Nº Cons. Regional 6923/PB	
Data/Hora Classificação 23/06/2018 21:30:34			Data/Hora Prescrição 23/06/2018 21:48:06	

Anamnese

UROLOGIA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ONTEM, APRESENTANDO DOR E EDEMA TESTICULAR A ESQUERDA.
EF: AUMENTO DA HEMIBOLSA ESQUERDA, DE DIFÍCIL AVALIAÇÃO DEVIDO DOR LOCAL. TESTÍCULO DIREITO PALPÁVEL E INDOLOR.
TRAZ USG: TESTÍCULO ESQUERDO HETEROGÊNEO, COM DESCONTINUIDADE DA ALBUGÍNEA. TESTÍCULO DIREITO NORMAL.

CD: ESPLORAÇÃO CIRÚRGICA

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

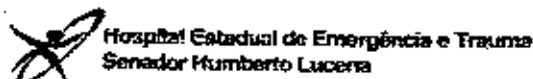
N51.1 Transtornos do testículo e do epidídimo em doenças classificadas em outra parte

Conduta

Internar Paciente

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

 JOAO D. Dornelas FH
Urologia
CRM: 6923
JOAO DIAS DORNELAS FILHO
(CRM: 6923/PB)



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS	BAE 1090136	Data/Hora Entrada 23/06/2018 21:30:34	Data Baixa
Data de nascimento 25/09/1998	Idade 19a 8m 30d	Sexo Masculino	CNS 700602917331665
Mãe JANAÍNA DA SILVA SANTOS			Telefone de Contato (83) 986501333
Endereço NELSON DOS SANTOS, 60	Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO DIAS DORNELAS FILHO	UF PB
Data/Hora Classificação 23/06/2018 21:30:34		Data/Hora Prescrição 23/06/2018 23:18:58	NP Cons. Regional 6923/PB

Anamnese

UROLOGIA

PACIENTE SUBMETIDO A ORQUIECTOMIA ESQUERDA, PÓS TRAUMA MOTOCICLISTICO. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM

Conduta

Em observação

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

João D. Dornelas FH
Urologia
CRM: 6923

JOAO DIAS DORNELAS FILHO
(CRM: 6923/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBARUA PEDRO GONDIM, S/N -
CNES: 122332 - Tel.:Impresso por: ARTHUR
ELESBAO RAMALHO TROCOLI
DOS SANTOS
Em: 25/06/2018 08:06:52

Paciente JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS		Boletim de Atendimento 1080136	Data/Hora Entrada 23/06/2018 21:30:34	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/09/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700602917331665	Prontuário 109499
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCOLI DOS SANTOS - 25/06/2018 08:06:37)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

2º PO Orquiectomia esquerda (pós trauma testicular).

Paciente evolui sem queixas significativas e sem intercorrências.

Consciente, orientado, afebril.

Bolsa escrotal sem hematomas pós-operatórios significativos; FO com bom aspecto, com pequena quantidade de líquido sero-hemático.

CONDUZA: Alta hospitalar

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004

Profissional responsável pela informação: ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCOLI DOS SANTOS

Número Conselho: 5503

ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCOLI DOS SANTOS
CRM - 10.000
25/06/2018



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Impresso por: MARNIO
SOLERMANN SILVA COSTA
Em: 24/06/2018 13:41:39

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel:

Paciente JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS		Boletim de Atendimento 1090136	Data/Hora Entrada 23/06/2018 21:30:34	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/09/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700602917331665	Prontuário 109499
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MARNIO SOLERMANN SILVA COSTA - 24/06/2018 13:41:28)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1º PO Orquiectomia esquerda (pós trauma testicular).

Paciente evolui sem queixas significativas e sem intercorrências.

Consciente, orientado, afebril.

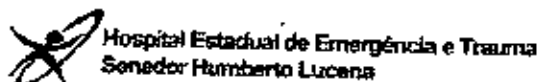
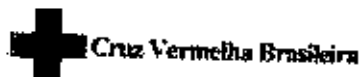
Bolsa escrotal sem hematomas pós-operatórios significativos; FO com bom aspecto, com pequena quantidade de líquido sero-hemático.

CONDUTA: curativo/suspensório escrotal; mantida medicação; dieta branda.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004

Profissional responsável pela Informação: MARNIO SOLERMANN SILVA COSTA

Número Conselho: 5267



URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel:

Impresso por: MARNIO
SOLERMANN SILVA COSTA
Em: 24/06/2018 13:41:39

Paciente JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS		Boletim de Atendimento 1080136	Data/Hora Entrada 23/06/2018 21:30:34	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/09/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700602917331665	Prontuário 109499
Tempo de internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MARNIO SOLERMANN SILVA COSTA - 24/06/2018 13:41:28)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1º PO Orquiectomia esquerda (pós trauma testicular).

Paciente evolui sem queixas significativas e sem intercorrências.

Consciente, orientado, afebril.

Bolsa escrotal sem hematomas pós-operatórios significativos; FO com bom aspecto, com pequena quantidade de líquido sero-hemático.

CONDUTA: curativo/suspensório escrotal; mantida medicação; dieta branda.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004

Profissional responsável pela Informação: MARNIO SOLERMANN SILVA COSTA

Número Conselho: 5267

[Handwritten signature]

Obs: família deixa transfêrencia para hospital privado
transfêrencia autorizada do pronto socorro urológico, desde
que o legu urológico do hospital privado entre em contato
direto com a equipe do Hospital de Trauma cedendo a vaga
assim como a assistência pré-operatória.

[Handwritten signature]



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

Nome: João D. Dorneias da Silva BE/Prontuário: _____
Idade: 4 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: Urologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Prostatectomia radical
Cirurgião: João Dorneias 1º Assistente: Willy Porto
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Ticiano
Tipo de Anestesia: Procuração Horário: Início 15:30 Término 17:15

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão de uretra posterior (E)</u> <u>+ bexiga com pontos de sutura</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Prostatectomia radical</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: João D. Dorneias FH
Urologia
CRM 6923

João Pessoa, 23 de 11 de 18

Nome: João D. Dorneias da Silva Filho BE/Prontuário: _____
Idade: 45 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Sector: Urologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Cirurgia de urgência - Orquiectomia esquerda
Cirurgião: João Dorneias 1º Assistente: Wesley Pereira
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Picron
Tipo de Anestesia: Procuração Horário: Início 22:30 Término 23:15

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão de urgência testicular (E)</u>	
<u>+ lesão de urgência testicular</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Orquiectomia esquerda</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João D. Dorneias FH
Urologia
CRM 6923
Médico/CRM: _____

João Pessoa, 23 de 11 de 8



Nome do Paciente: **Jordan Nelson da Silva Santos**
 IDADE: **19A 2^{da} de 1990**
 CIRURGIA: **TV - CII - Oligotomia Esquerda, Traumatismo.**
 ANESTESIA: **Roxane**
 ANESTESISTA: **D. E. L. L. L.**
 INSTRUMENTADOR: **D. E. L. L. L.**
 DATA: **23/06/88** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: **22:30** CIRURGIA INICIO: **23:30**
 INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASSOCIATION OF AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: **1** (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS: **QTD.**
 ALFENTANIL: **1** **SF**
 BUPIVACAÍNA ISOBARICA: **1** **SF**
 BUPIVACAÍNA PESADA: **1** **SF**
 CETANINA: **1** **SF**
 DROPERIDOL: **1** **SF**
 ETOMIDATO: **1** **SF**
 FENOBARBITAL: **1** **SF**
 FENTANILA: **1** **SF**
 FLUMAZENIL: **1** **SF**
 ISOFLURANO: **1** **SF**
 VOBUPACAÍNA C. VASO: **1** **SF**
 VOBUPACAÍNA S. VASO: **1** **SF**
 VOBUPACAÍNA C. VASO: **1** **SF**
 LIDOCAÍNA S. VASO: **1** **SF**
 MIDAZOLAN: **1** **SF**
 NIORETA: **1** **SF**
 NIVILIM: **1** **SF**
 PANICURÔNIO: **1** **SF**
 PETIDINA: **1** **SF**
 PROPORFOL: **1** **SF**
 RANIFENTANILA: **1** **SF**
 ROCURÔNIO: **1** **SF**
 SEVOFLURANO: **1** **SF**
 SUXAMETÔNIO: **1** **SF**
 TIOPENTAL: **1** **SF**
 MEDICAMENTOS: **QTD.**
 ADRENALINA: **1** **SF**
 AGUA DESTILADA: **1** **SF**
 ATROPINA: **1** **SF**
 BENTRA: **1** **SF**
 CEFALOTINA: **1** **SF**
 DEXAMETASONA: **1** **SF**
 DEXA SÓDICA: **1** **SF**
 DEXA: **1** **SF**
 FLORESEMIDA: **1** **SF**
 GLICOSE 50%: **1** **SF**
 GLUCONATO DE CALCIO: **1** **SF**
 HIDROCORTISONA: **1** **SF**
 LIDOCAÍNA GELÉIA: **1** **SF**
 ONDASENTRONA: **1** **SF**
 PLASIL: **1** **SF**
 PROSTIGMINE: **1** **SF**
 PROTAMINA: **1** **SF**
 TENOXICAN: **1** **SF**
 MATERIAIS CONT.: **QTD.**
 JELCO Nº 16: **1** **SF**
 JELCO Nº 20: **1** **SF**
 JELCO Nº 22: **1** **SF**
 JELCO Nº 24: **1** **SF**
 KIT SIST. DREN. TORANICA Nº: **1** **SF**
 LÂMINA BISTURI Nº 11: **1** **SF**
 LÂMINA BISTURI Nº 12: **1** **SF**
 LÂMINA BISTURI Nº 13: **1** **SF**
 LÂMINA BISTURI Nº 14: **1** **SF**
 LÂMINA DE DERMATOMO: **1** **SF**
 LÂMINA DE ENERTO: **1** **SF**
 LUVA DE PROCEDIMENTO PAR: **1** **SF**
 LUVA ESTÉRIL Nº 6: **1** **SF**
 LUVA ESTÉRIL Nº 7: **1** **SF**
 LUVA ESTÉRIL Nº 8: **1** **SF**
 LUVA ESTÉRIL Nº 9: **1** **SF**
 MÁSCARA CIRÚRGICA: **1** **SF**
 MÚLTIPLOS: **1** **SF**
 PERFURADOR DE SORO: **1** **SF**
 SCALP Nº 19: **1** **SF**
 SCALP Nº 21: **1** **SF**
 SÉRINGA 3ML: **1** **SF**
 SÉRINGA 5ML: **1** **SF**
 SÉRINGA 10ML: **1** **SF**
 SÉRINGA 20ML: **1** **SF**
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº 8: **1** **SF**
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº 10: **1** **SF**
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº 12: **1** **SF**
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº 14: **1** **SF**
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº 16: **1** **SF**
 Sonda FOLEY Nº 12: **1** **SF**
 Sonda FOLEY Nº 14: **1** **SF**
 Sonda NASOG. CURTA: **1** **SF**
 Sonda NASOG. LONGA: **1** **SF**
 Sonda URETRAL Nº: **1** **SF**
 TORNEIRINHA: **1** **SF**
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: **1** **SF**
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: **1** **SF**
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: **1** **SF**
 TUBO SILICONE (LATEX): **1** **SF**
 FIOS: **QTD.**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 3: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 4: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 5: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 6: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 7: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 8: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 9: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 10: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 11: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 12: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 13: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 14: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 15: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 16: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 17: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 18: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 19: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 20: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 21: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 22: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 23: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 24: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 25: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 26: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 27: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 28: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 29: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 30: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 31: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 32: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 33: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 34: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 35: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 36: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 37: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 38: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 39: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 40: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 41: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 42: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 43: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 44: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 45: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 46: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 47: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 48: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 49: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 50: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 51: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº 52: **1** **SF**
 FIO ALGODÃO S.A. Nº

Documento de Alta

Nome: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS			Número Prontuário: 109499
Data de: 25/09/1998	Sexo: Masculino	Data de Internação: 24/06/2018 02:10:53	Data de Alta: 25/06/2018 08:09:51
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: Marcar consulta com urologista para seguimento ambulatorial no HTOP. (Paciente relata ter convênio, oriento procurar para atendimento)			
Resumo da internação: Paciente vítima de queda de moto apresentando trauma testicular à esquerda, sendo submetido à orquilectomia esquerda			
Resultado de Exames: ---			
Tratamento: orquilectomia esquerda			
Diagnóstico: S31.3 - Ferimento do escroto e do testículo			
Recomendações: Medicações em anexo Curativo diário por 3 dias Retirar pontos em 02/07/18			

Data: 25/06/2018

Dr. Arthur Elesbao Ramalho
Urologista
CRM - PB/5503

ARTHUR ELESBAO RAMALHO
TROCOLI DOS SANTOS
CRM: 5503 - PB



SIC 1070
CENTRO INTEGRAL DE REGISTRO E
Bates: Maria Angela Souza Cordeiro
Tatiana

1º OFFÍCIO DE NOTAS
2º DEPARTAMENTO DE REGISTROS
PRAÇA LUIZ DE ALMEIDA
CDD 50120-010 - JOÃO PESSOA - PB
FONE: (31) 3241-0041 FAX: (31) 3241-0042

Thiago Dionisio da Silva

SIC 1070
CENTRO INTEGRAL DE REGISTRO E

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB 19/07/2018 14:34:08

João Francisco da Silva - Escrevente

[2018-024262] EMP:RS 2,37 FAPPEN:RS 0,20 FEPU:RS 0,97 ISS:RS 0,12

SELO DIGITAL: AHC56079-IRKC

Confira a autenticidade em <https://selo.digicert.com.br/>

CDI - HOSPITAL JOÃO PAULO II
Cliente: JORDAN, NELSON DA SILVA SANTOS
Data: 23/06/2018
Convênio: SMILE SAÚDE

ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER

Exame realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução

Epidídimo direito de dimensões normais e ecogênico.

Epidídimo esquerdo de dimensões normais e ecogênico.

Testículo direito tópico, de volume normal, medindo 4,9 x 2,6 x 2,3 cm nos maiores diâmetros, de textura homogênea e contornos regulares. Há vascularização ao estudo Dopplercolorimétrico no parênquima testicular

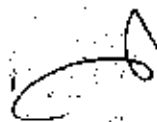
Testículo esquerdo tópico, de volume normal, medindo 5,2 x 2,8 x 2,6 cm nos maiores diâmetros, de textura heterogênea e contornos irregulares com áreas geográficas hipoeecogênicas de permeio aos eu parênquima apresentando sinais de descontinuidade da túnica albugínea. Há vascularização ao estudo Dopplercolorimétrico no parênquima testicular

Plexo pampiniforme de aspecto habitual sem sinais de refluxo à manobra de Valsava.

Hidrocele bilateralmente, notadamente à esquerda com finos debris de permeio.

CONCLUSÃO

- Epidídimos sem alterações.
- Testículos assimétricos, sendo o esquerdo de maiores dimensões, heterogêneo com sinais de descontinuidade da túnica albugínea. Correlacionar com mecanismo de trauma.
- Hidrocele bilateral, mais à esquerda com finos debris de permeio.



Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM 5263

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917

Jordan Nelson da Silva Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.166.217 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 11/04/2017

NOME JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

PAI(M) MAURO DONIZETE DOS SANTOS

MÃE JANAINA DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 25/09/1998

DOC ORIGEM NASC.N. 10961-FLS. 261 LIV. A13

CARTÓRIO 11 JOÃO PESSOA-PB

CPF 014.475.714-10

Assinatura: [Assinatura]

Assessor: A. S. [Assinatura]

Assessor: J. S. [Assinatura]

Assessor: J. S. [Assinatura]

001



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB Nº 6528193421

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 PRT 2009000028978385
 166669814

NOME/ENDEREÇO
 MARCOS ANTONIO F DE MEDEIROS
 R VANJA VIANA SALES 138 AP101
 BESSA
 58036060 JOAO PESSOA - PB

CHASSI 46798021468 PLACA NPS9879/PB

FORMULA 300 COMERCIO DE MOTOS LTDA
 CHASSI 9CDNF41AJ9M215608

NOVO - PB ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
 MANEJA/MODELO JTA/SUZUKI INTRUDER 125

CAP/MOT/CIL 2 P/125 /CI CATEGORIA PARTIC COM PREDOMINANTE VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA PE 3735 21/09/2009 33294

Roberto Jo Pessoa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025511/19

Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

CPF: 014.475.714-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/06/2018

Títular do CPF: JORDAN NELSON DA
SILVA SANTOS

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros



Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS : 014.475.714-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2019
Nome: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS
CPF: 014.475.714-10

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Yordan Wilson da Silva Santos
Data do Acidente: 22/06/18 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 014.443.714-10

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradora.lider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidiz do IML – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (pedidos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (original)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 014.443.714-10

E-mail: 05101149 Assinatura: Yordan Wilson da Silva Santos Tel.: 43193960-8384

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente: DANIELLE APARECIDA FILHO Matrícula: 8463908

Data: 15-01-2019 Assinatura: [Assinatura]

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

12-11-50
 D. J. S. 10
 D. J. S. 10

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAA'S (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Anderson Wilson da Silva Santos

Data do Acidente: 22/06/18 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 014.443.744-10

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) DA SILVA SANTOS (83)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAA'S

☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (farmácia e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COMPAÑHEIRO(A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPAÑHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, TIO (A) OU SOBRINHOS)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

CPF do portador: 014.443.744-10

E-mail:

Tel: (19) 933 60-8384

Data: 25/01/19

Assinatura: Anderson Wilson da Silva Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

DAISYRETO A. M. A. B. S. FILHO Matrícula: 84867908

Data: 15-01-2019

Assinatura: [Assinatura]

BRASIL

Serviços Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 467.980.214-68

Nome: MARCOS ANTONIO FERNANDES DE MEDEIROS

Data de Nascimento: 05/06/1964

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Dígito Verificador: 00

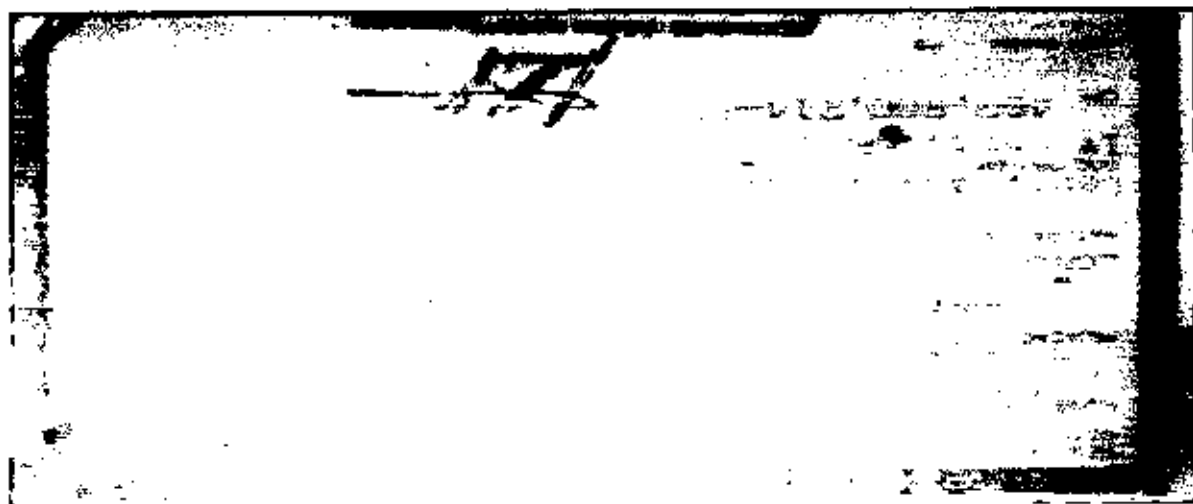
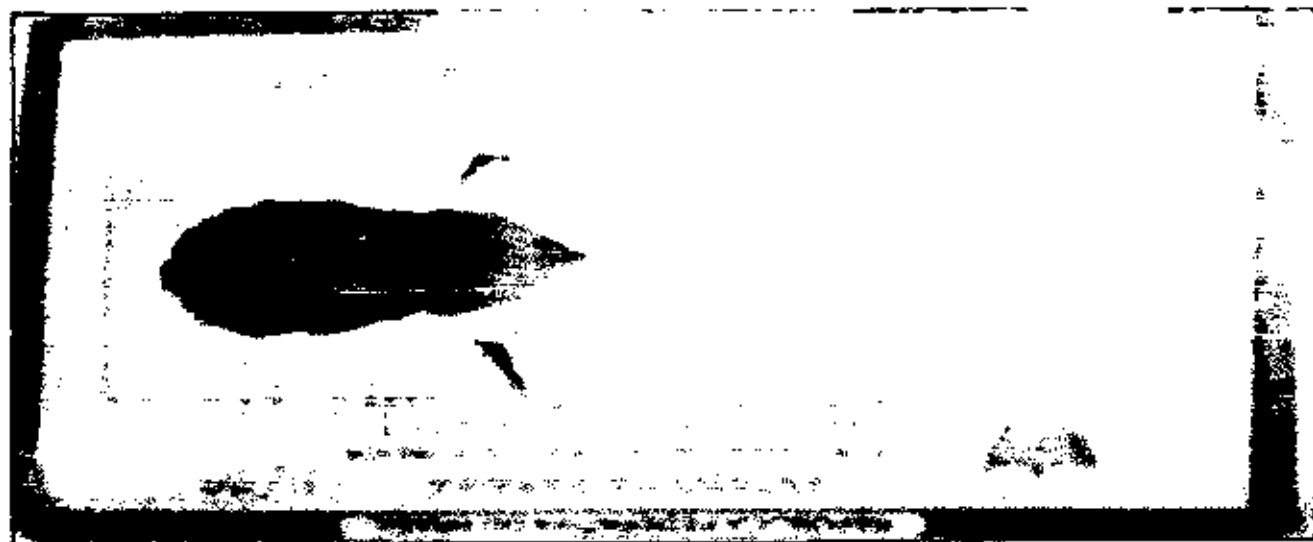
Comprovante emitido às: 15:00:27 do dia 15/01/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 3847.155D.95EA.6EA5



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

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



11.10.10

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025511/19

Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

CPF: 014.475.714-10

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 22/06/2018

Titular do CPF: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS : 014.475.714-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2019
Nome: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS
CPF: 014.475.714-10

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES