

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: JOAO ANDRE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01733

CONTA: 00000176323-7

---

Nr. da Autenticação C24E5338EE5DACE

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOAO ANDRE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02382

CONTA: 00000039951-0

---

Nr. da Autenticação D0A4FB1559563719

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180570684      **Cidade:** Aracaju      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO ANDRE DE SOUZA      **Data do acidente:** 06/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
Observações:

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180570684      **Cidade:** Aracaju      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO ANDRE DE SOUZA      **Data do acidente:** 06/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA OBLÍQUA (DIÁFISE INTERMÉDIA E DISTAL) DO FÊMUR À ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA Perna DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA LINEAR NA FACE LATERAL DA COXA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA, CALO ÓSSEO DE MODERADO NA DIÁFISE INTERMEDIA E DISTAL DO FÊMUR, DOR E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL E DO JOELHO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+++/+4) NO JOELHO, EDEMA COM DERRAME E CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO QUADRIL E DO JOELHO  
 \*VISTO RADIOGRAFIA QUE REVELA A FRATURA E OS MATERIAIS DE SÍNTESSE (01 PLACA E 09 PARAFUSOS)

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 06/06/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 16/06/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS, A OSTEOSÍNTESE NÃO FIXOU TODA A FRATURA, A PLACA UTILIZADA FOI PEQUENA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** Conforme documentos médicos anexados e exame físico descrito pelo médico examinador, concluo sequela funcional moderada em membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/03/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Não foram descritas sequelas em quadril nos documentos médicos anexados

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	439.441.085-15	João André de Souza		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	439.441.085-15
Profissão:	Endereço:		Número:	Complemento:
Migia	Rua Minas Gerais Barros		69	
Bairro:	Santos Dumont	Cidade:	Anaçaju	Estado: CEP: 549087-450
E-mail:	Tel.(DDD): (79) 3222-0817			

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO MENSAL:**

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 2382

CONTA: 39951

(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 atende 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

TESTEMUNHAS	DPVAT
1º   Nome: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
CPF: _____	
04/07/2018	
Assinatura	
2º   Nome: _____	
CPF: _____	
Gesta Seguradora S/A	
Rua Manaus, 700 - Centro - RJ - 20030-000	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029680/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/12/2018 09:43 Data/Hora Fim: 04/12/2018 09:57  
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/06/2018 07:00

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Atalaia

Logradouro: Av. Antônio Alves

Ponto de Referência: Restaurante O Miguel

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Modo(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome Civil: JOÃO ANDRÉ DE SOUZA (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: BA - Paripiranga Sexo: Masculino Nasc: 30/08/1970

Profissão: Vigia

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Joana Maria de Jesus

Nome do Pai: José André de Souza  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 DEZ 2018

Gente Segundaria S/A,  
Rua Menino, 786 Loja 03-Aracaju/SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a Vítima-Comunicante que estava atravessando a Av. Antônio Alves quando foi surpreendido por uma motocicleta de placa desconhecida que acabou por atropelá-lo e evadiu-se do local apds o acidente. Um guarda municipal que estava no local acionou a SAMU, que socorreu a vítima e encaminhou para o HUSE, onde foi identificado que devido ao atropelamento,

Delegado de Polícia Civil Daniela Ramos Lima Barreto

Página 1 de 2

Impresso por: Raimundo Renato Valenga Junior

Data de Impressão: 04/12/2018 09:57

Protocolo nº: Não disponível

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



# BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029680/2018

sofreu fratura no fêmur esquerdo, sendo necessária intervenção cirúrgica

## ASSINATURAS

  
Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida  
Escrivão de Polícia (legítimo)

Raimundo Renato Valença Junior  
Responsável pelo Aendimento

  
João André de Souza  
(Comunicante / Vítima)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou (o) (a) responsável pelas informações acima apresentadas e que faço parte responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e digo, conforme previsto nos Artsigos 379-Cdenunciante Cautelar e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção da Ordem das Profissões.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	1439.441.085-15	João André de Souza		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012</b>				
Nome completo:			CPF:	1439.441.085-15
Profissão:	Endereço:	Número:		Complemento:
Sigia	Rua Minas Gerais Barros	69		
Bairro:	Cidade:	Estado:		CEP:
Santos Dumont	Anaçau	Sergipe		49087-450
E-mail:	(DDD): (79) 3222-0817			

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO MENSAL:**

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: **2382**  CONTA: **39951**  0  
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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: **Anaçau-SE, 04 Dezembro 2018**  
Nome: **João André de Souza**  
CPF: **1439.441.085-15**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS** **DPVAT**  
1º | Nome: \_\_\_\_\_ CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
CPF: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
04 DEZ 2018  
Assinatura  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Gentil Soledade SIA,  
Rua Manoel, 70 - Centro - BA  
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 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.

## RELATÓRIO 01005 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1806060142 / ESUS - SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 07h07min do dia 06 de Junho de 2018, para atendimento de vítima identificada como João André de Souza, com relato de **atropelamento por moto**, no Bairro Atalaia, no município de Aracaju.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Aracaju realizou atendimento no local, seguido de remoção para o Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 13 de Julho de 2018

  
Dr. Márcia Lúcia Bastos Páiva Neto  
Coordenadora da Regulação Médica  
SAMU 192 Sergipe  
CRM/SE 4554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE





RUA: Rua Capão da Cana, 301, 12 de Julho, Aracaju-SE, 49000-000  
CNPJ: 13.918.171/0001-00 - INSC. FRT: 20.251.034-2

FATURA MENSAL \*

Matrícula:  
054588.0

Nome do Cliente:

ANTONIO SOARES DOS SANTOS

CPF:  
\*\*\*.\*\*\*-\*\*\*

Endereço:

RUA MINERVINA BARROS, 69, ARACAJU, 49067-450

Qualidade/Referência:

320007/00342

Data de Leitura:

12/11/2018

Instalação:

A180003552

Classificação: Residencial

BES: 1

Leit. Anterior 29  
Leit. Atual 33  
Consumo Faturado (m<sup>3</sup>) 10  
Média de consumo (m<sup>3</sup>) 4  
Ocorrência de Leitura  
Data da Leit. Anterior 11/10/18  
Dias de Consumo 32  
Média diária (m<sup>3</sup>) 0,12  
Previsão para Próx. Leit. 12/12/18  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Serviços:

ÁGUA

Valor:

35,64

ESGOTO

0,00

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A,  
Rua Manoel, 760 Loja 03-Aracaju-SE

Mês Referência: 11/2018 | Vencimento: 12/11/2018 | Total à Pagar: 35,64

NOVEMBRO AZUL: JUNTOS NA LUTA CONTRA O CÂNCER DE PROSTATA, O DIAGNÓSTICO PRECOCE PRESERVA O SEU FUTURO.

A falta de pagamento da fatura leva ao bloqueio das suas contas bancárias e impede a realização do atendimento de serviços - Art. 5º Decreto-Lei nº 27-265/2010.

CANais DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195  
AGÊNCIA VIRTUAL: [www.deso-se.com.br/agenciavirtual](http://www.deso-se.com.br/agenciavirtual)

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º Inciso I)

Parametro	Tumbosz	Cor	Glosa	Filosz	Coliformes Totais	Echerichia Col.
Nº Mínimo de Amostras Analisadas	242	67	242		242	
Nº de Amostras Analisadas	450	450	450		450	450
Nº Mínimo de Amostras para Conformidade com Revisão 2014/2015	431	426	444		450	450

Poder Autentica no verso



(/)



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3180570684 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOAO ANDRE DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** JOAO ANDRE DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 43944108515

#### Posição em 23-06-2020 10:26:22

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

13/12/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
23/05/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/05/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qtPP2wL90HQq57IxG1api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=">Download</a>
17/05/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4aOgu2A__qRXIHZqeVtapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=">Download</a>

13/04/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/BSUHhgoDVTxGr+ujPo6api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/BSUHhgoDVTxGr+ujPo6api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=</a> )
22/03/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qAr4hUmMV+cu+BZCqBhkapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qAr4hUmMV+cu+BZCqBhkapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=</a> )
17/02/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eZSoECOKGPneobz2CWapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eZSoECOKGPneobz2CWapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=</a> )
11/12/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/d8myV0j7NTqpFjjawaT2api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/d8myV0j7NTqpFjjawaT2api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=</a> )



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

## Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

## ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A ●

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

## PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

## ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

I%C3%ADder-  
dpvat)

# Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
  - › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
  - › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
  - › Pontos de Atendimento ([Pontos-de-Atendimento](#))
  - › Como Pedir Indenização ([Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
  - › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
  - › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
  - › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
  - › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
  - › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
  - › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoess-e-Sugestoes](#))
  - › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
  - › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
  - › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
  - › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Terminos-de-Uso.aspx](#))



CIRURGIA

FUNDACÃO DE BENEFICÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

Comunicado de Utilização de Ótese, Protese e Material Especial (OPME)  
CENTRO CIRÚRGICO

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Spóis André de Souza Matrícula: 5039180

Efermario: \_\_\_\_\_ Convênio: SOS \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Fractura diafisaria do fêmur esquerdo

Procedimento realizado: Reduzir o risco de infarto com a execução

Data da utilização: 12/06/18

#### **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO**

Name: Pt. Roberto Lima

Name \_\_\_\_\_  
CBM: \_\_\_\_\_

#### **IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS**

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
09.08.05.055-9	03 08 02	placa A/C larga 4,5 parafusos estofados 4,5mm parafusos malha 4,5mm

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Name (Ortoplam) CNPJ: \_\_\_\_\_

**Catimbo e ass. natural:**

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Farmacéutico:** \_\_\_\_\_

1º via - Prontuário

2<sup>a</sup> via - Fornecedor  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
3<sup>a</sup> v.  
Gento Seguradora S.A.  
Rua Marum, 766 Loja 03-Anchieta/SE

3º via - Farmácia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



**Lactise**  
consultas e exames

## Relatório médico

O Sr. José Andrade de Souza, 48 anos de idade, foi atropelado por uma motocicleta em 6/6/18, conduzida pelo SAMU ao HU<sup>80</sup>, onde foi diagnosticado como osteoporose de fratura da diáfise do fêmur e C105723. Ficou internado 4 dias e depois fratura fechada p/ o H. de Cirurgia, onde submeteu-se a osteosíntese cirúrgica e fixação com clips e parafusos,

**Obs:** Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

[www.lactise.com.br](http://www.lactise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 FEV 2019



**Lacrise**  
consultas e exames

no dia 12/06/2018.

Apesar do bom tratamento,  
ficaram sequelas abaixo citadas:

- (a) Presença de material metálico no fêmur e
- (b) Limitações de flexão do joelho e até 90°
- (c) Limitações de extensão de 20°
- (d) Necessidade de uso constante de muletas para locomoção.

Para funcional os membros

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

[www.lacrise.com.br](http://www.lacrise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

2

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 FEV 2019

Gente Seguradora S/A.  
Praça Marum, 766 Lote 03-Aracaju/SE



inferior é de 50%.

Aracaju, 18/12/2018

2018

Dr. Masayuki Ishii  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 1276

LACTISE CONSULTAS E EXAMES - ARACAJU

**Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.**  
Rua Bahia, 975 - B, Siqueira Campos - Aracaju/SE  
[www.lactise.com.br](http://www.lactise.com.br) Fone: (79) 3253-7200  
Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105 3815 / 98875-6772  
MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 FEV 2019

Gente Seguradora S/A,  
Praia Manauim, 766 Loja 03-Aracaju/SE



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A. Rua Manoel, 766 Loja 03-Aracaju/SE



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180570684

**Nome do(a) Examinado(a):** JOAO ANDRE DE SOUZA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Minervina Barros, 69 - Aracaju/SE - CEP 49087-450

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 1.125.544 - SSP - 13/05/2005

**Data e Local do Acidente :** 06/06/2018

**Data e Local do Exame :** 27/03/2019 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE - CEP 49010-310

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

FRATURA OBLÍQUA (DIÁFISE INTERMÉDIA E DISTAL) DO FÊMUR À ESQUERDA.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

PERICIADO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 06/06/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 16/06/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS, A OSTE OSSÍNTESE NÃO FIXOU TODA A FRATURA, A PLACA UTILIZADA FOI PEQUENA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA Perna DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA LINEAR NA FACE LATERAL DA COXA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA, CALO ÓSSEO DE MODERADO NA DIÁFISE INTERMEDIA E DISTAL DO FÊMUR, DOR E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL E DO JOELHO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+++/+4) NO JOELHO, EDEMA COM DERRAME E CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO QUADRIL E DO JOELHO

\*VISTO RADIOGRAFIA QUE REVELA A FRATURA E OS MATERIAIS DE SÍNTESE (01 PLACA E 09 PARAFUSOS).

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

*Manoel Otacilio Nascimento Júnior*

Manoel Otacílio N  
Clínica e Auditório M  
CRM 1827

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

14 FEVEREIRO 2019

EU, JOÃO ANDRÉ DE SOUZA, inscrito no cadastro de pessoas físicas 439.441.085-15, venho através dessa informa que sofri um acidente de trânsito no dia 06.06.2018, fui socorrido pelo SAMU, conduzido para hospital de urgência de Sergipe HUSE. Onde foi DIAGNOSTICADO FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR ESQUERDO CID 72.3 SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DE 01 PLACA E 10 PARAFUSOS, ocorre que no dia 13.12.2018 tive uma indenização paga no valor de 2.362,50 valor esse irrisório não condizendo com as sequelas advindas pelo acidente, portanto querer reanálise desse processos assim vejamos.

Embora tenha feito todo tratamento possível cirurgia, repouso, remédios fisioterapia ficaram sequela permanente que levarei para o resto da minha vida assim vejamos:

- LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO ATÉ 90°; não consigo dobrar a perna para levantar da cadeiras de rodas.
- PRESENÇA DE MATERIAL METALICO FEMUR ESQUERDO E AUMENTO DE VOLUME; quando compara um perna com a outro existe muita diferença, onde teve a fratura fica inchado, duro e dolorido.
- LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DE 20°; não consigo fazer nada sozinho sempre preciso de ajuda, todo movimento em minha perna é de 20%.
- NECESSIDADE DE CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO;

Por existir sequela, peço a reanálise do processo visto que tudo já mencionado foi diagnosticado como invalidez por um ortopedista Masayuki Ishi CRM-SE 1276. Portanto requer o pagamento do benefício social do seguro DPVAT. Não sendo esse o entendimento da seguradora peço para que seja agendada uma perícia médica com um médico da seguradora para que assim não pare nenhuma dúvida e seja paga a indenização na modalidade invalidez.

Aracaju-Se 11 de Fevereiro de 2019

João André de Souza

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438524/18

Número do Sinistro: 3180570684

Vítima: JOAO ANDRE DE SOUZA

Data do acidente: 06/06/2018

CPF: 439.441.085-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO ANDRE DE SOUZA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 14/02/2019

Data do cadastramento: 14/02/2019

Nome: JOAO ANDRE DE SOUZA

Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

CPF: 439.441.085-15

CPF: 008.313.345-33

---

JOAO ANDRE DE SOUZA

---

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438524/18

**Vítima:** JOAO ANDRE DE SOUZA

**CPF:** 439.441.085-15

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** JOAO ANDRE DE SOUZA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**JOAO ANDRE DE SOUZA : 439.441.085-15**

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: 04/12/2018  
Nome: JOAO ANDRE DE SOUZA  
CPF: 439.441.085-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018  
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO  
CPF: 008.313.345-33

JOAO ANDRE DE SOUZA

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO