
Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055203

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FILIPE DE SOUZA 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, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200187566

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FILIPE DE SOUZA 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, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200187566

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FILIPE DE SOUZA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004913

Conta: 0000011633-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
706.799.724-04 Filipe de Souza Santos

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

5 - Nome completo: Filipe de Souza Santos 6 - CPF: 706.799.724-04
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: R. da Concordia 9 - Número: 353 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedras de Fogo PB 13 - Estado: 14 - CEP: 58328-000
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 4913 CONTA: 31633 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivezes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 31/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



5067 2252 4790 3067

9067

VALID DATE

07/24

FILIPÉ DE SOUZA SANTOS
4913 013 00011633-1

elo

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
706.799.724-04 Filipe de Souza Santos

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

5 - Nome completo: Filipe de Souza Santos 6 - CPF: 706.799.724-04
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: R. da Concordia 9 - Número: 353 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedras de Fogo PB 13 - Estado: 14 - CEP: 58328-000
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

AGÊNCIA: 4913 CONTA: 31633

(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vive nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



5067 2252 4790 3067

9067

VALID DATE

07/24

FILIPÉ DE SOUZA SANTOS
4913 013 00011633-1

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00520.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00520.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:10 horas do dia 15 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Filipe de Souza Santos**, CPF nº 706.799.724-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Sandra Maria de Souza e Ronaldo Antonio Ferreira dos Santos, natural de Timbaúba/PE, nascido(a) em 02/12/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Concórdia, Nº 353, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (81) 98179-0634.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Professor Getulio Cesar Guedes, Xxx, Pedras de Fogo/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/11/19 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

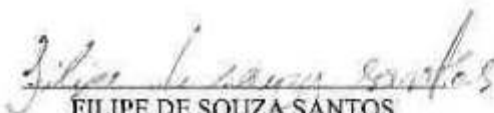
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 15/11/2019, POR VOLTA DAS 15:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2017, PLACA PGZ8964/PE, CHASSI 9C2KC2210HR017524, NA RUA PROFESSOR GETULIO CESAR GUEDES, CENTRO, PEDRAS DE FOGO/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NA MESMA RUA, PORÉM EM SENTIDO OPOSTO CRUZOU SUA FRENTE PARA VIRAR A ESQUERDA, VINDO A PROVOCAR UM ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DISTRITAL DE PEDRAS DE FOGO, ONDE PERMANECEU ATÉ O DIA 18/11/2019, QUANDO FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

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 janeiro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FILIPE DE SOUZA SANTOS
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00520.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00520.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:10 horas do dia 15 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Filipe de Souza Santos**, CPF nº 706.799.724-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Sandra Maria de Souza e Ronaldo Antonio Ferreira dos Santos, natural de Timbaúba/PE, nascido(a) em 02/12/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Concórdia, Nº 353, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (81) 98179-0634.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Professor Getulio Cesar Guedes, Xxx, Pedras de Fogo/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/11/19 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

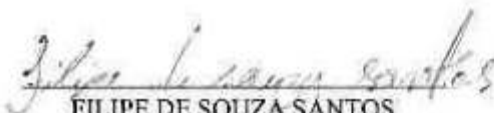
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 15/11/2019, POR VOLTA DAS 15:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2017, PLACA PGZ8964/PE, CHASSI 9C2KC2210HR017524, NA RUA PROFESSOR GETULIO CESAR GUEDES, CENTRO, PEDRAS DE FOGO/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NA MESMA RUA, PORÉM EM SENTIDO OPOSTO CRUZOU SUA FRENTE PARA VIRAR A ESQUERDA, VINDO A PROVOCAR UM ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DISTRITAL DE PEDRAS DE FOGO, ONDE PERMANECEU ATÉ O DIA 18/11/2019, QUANDO FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

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 janeiro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FILIPE DE SOUZA SANTOS
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 4913 CONTA: 33633 AGÊNCIA: CONTA:

(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vive nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



5067 2252 4790 3067

9067

VALID DATE

07/24

FILIPPE DE SOUZA SANTOS
4913 013 00011633-1

elo



SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU – 192 (USB 61), de Pedras de Fogo - PB, prestou atendimento pré-hospitalar a **FELIPE DE SOUZA SANTOS, 21 ANOS (SIC)**, vítima de colisão moto x carro, na rua professor Getúlio Cesar Guedes, centro, de Pedras de Fogo, no dia **15/11/2019**, onde foram realizados todos os procedimentos de urgência pela equipe de plantão, conduzindo o mesmo para o Hospital Distrital de Pedras de Fogo - PB, sob o protocolo de regulação nº 2613074.

Pedras de Fogo, 03 de dezembro de 2019.


Adjanio Moraes de Oliveira
Coordenador SAMU PF
ADJANIO MORAES DE OLIVEIRA
ENFERMEIRO
CNPJ Nº 14.141.141
CNPJ Nº 14.141.141



SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU – 192 (USB 61), de Pedras de Fogo - PB, prestou atendimento pré-hospitalar a **FELIPE DE SOUZA SANTOS, 21 ANOS (SIC)**, vítima de colisão moto x carro, na rua professor Getúlio Cesar Guedes, centro, de Pedras de Fogo, no dia **15/11/2019**, onde foram realizados todos os procedimentos de urgência pela equipe de plantão, conduzindo o mesmo para o Hospital Distrital de Pedras de Fogo - PB, sob o protocolo de regulação nº 2613074.

Pedras de Fogo, 03 de dezembro de 2019.


Adjanio Moraes de Oliveira
Coordenador SAMU PF
ADJANIO MORAES DE OLIVEIRA
ENFERMEIRO
CNPJ Nº 14.141.141
CNPJ Nº 14.141.141

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: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FILIPE DE SOUZA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000011633-1

Nr. da Autenticação 884620A16C9614C9

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - BOMBA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ES PAULINO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DA CONCORDIA 353 - PP

3 NIS 16277761154

CENTRO/PEDRAS DE FOGO
 PEDRAS DE FOGO PB
 58328-000

DATA	PERÍODO
UNICA	21/12/2019
CLIENTE	Nº DA IDENTIFICAÇÃO
261853	6402782

7025000140	12/2019
30/12/2019	20/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	70,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Wh	30,0000000	0,25983059	7
a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44542387	31
a 100 até 220 kWh	34,0000000	0,66913580	22
ARELA			0
REVELHA			
Principal			
189507 - 17/10/19			
189507 - 17/10/18			
1489507 - 17/10/18			

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R. 230, km 25 - Cadeia Redentor - Jafé - Paraná / PR - CEP 83071-900
 CNPJ 09.038.182/0001-40 - Ins. Est. 15.015-902-0

Nota Fiscal/Carta de Empresa BILROBERTO 322 949
C.R. 2008 BILROBERTO 900-1000011

0-90-942-234-65

Page 11

Sarampo e, uma vez mais, Figueirinhas se colocam no topo da lista de vacinação para o inverno.

Nosso Nr	Nr Documento	Data de Emissão	Valor do Documento	Valor Pago
31506440007475127	00160661201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

7-1000

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ES PAULINO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DA CONCORDIA 353 - PP

3 NIS 16277761154

CENTRO/PEDRAS DE FOGO
 PEDRAS DE FOGO PB
 58328-000

CONTA DE ENERGIA
 7025000140 12/2019

DATA DE VENCIMENTO
 30/12/2019 20/01/2020

UNICA 21/12/2019

CLIENTE 261853
Nº DA IDENTIFICAÇÃO 6402782

TOTAL A PAGAR (R\$)
 70,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Wh	30,0000000	0,25983059	7
a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44542387	31
a 100 até 220 kWh	34,0000000	0,66913580	22
ARELA			0
REVELHA			
Principal			
189507 - 17/10/19			
189507 - 17/10/18			
1489507 - 17/10/18			

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 230 km 25 - Cadeia Renteria - Jatoí Paulista / PR - CEP 83071-900
 CNPJ 09.088.187/0001-40 - Ins. Est. 15.018.822-0

Nota Fiscal/Carta de Empresa BILROBERTO 322 949
C.R. 2008 BILROBERTO 900-1000011

0-90-942-234-65

Page 11

Sarampo e, uma vez mais, Figueirinhas se encontram de novo no topo da lista de doenças.

[illegible]

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIO/ECADWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Filipe de Souza Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.799.724/04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Filipe de Souza Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.799.724/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Cidade: <u>Mangabeira</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
E-mail: _____	Tel (DDD): <u>(83) 986634900</u>	

Local e Data: João Pessoa - PB 28/01/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: <u>Elupe de Souza Santos</u>		Nº
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>18</u>	Profissão:
Endereço:		
Unidade Adcritiva:		
Agente de Saúde		
Encaminhado(a) do:		
Para:		
Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente vítima de colisão moto com carro Datsun, apresentando dor, limitação de movimento e fratura do tornozelo E.</u>		
<u>Requer atendimento ortopédico</u>		
<u>Solicita avaliação e conduta</u>		

Encaminhamento

Função

Data

18/11/19

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA (Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	

Data

Consultante

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

Ficha Nr: 279871 Atd: Nao Regul
Data: 18/11/2019
Hora: 14:07:42
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENT
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Nome Social: NAO INFORMADO

CPF: 706.799.724-04

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4205361 Fone: 0

Natural: TIMBAUBA/PE Data Nasc.: 02/12/1998 Id: 21 ano(s)

End.: R-DA CONCORDIA,350 FONE 081 981790634

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: SANRA MARIA DE SOUZA

Pai: RONALDO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: GARCOM

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: HOSPITAL PEDRAS DE FOGO-PB

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queda Principal

ENTORSE NO PE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Rem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	E v

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: FILIPES de SOUZA SANTOS Data da Admissão: 18/11/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1 / 1 / _____

PD: _____

HDA: PACIENTE com Trauma em
TRA (E) há 3 dias

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Antibiótico profilático
- ② Posicionado em DDH com coxim ou canote em parte da coxa esquerda
- ③ Assépsia + antissépsia em MIE

Incisão:

- ④ Colocação de curativos
- ⑤ Acesso postero-lateral à fíbula distal
- ⑥ Dissecção por planos. Hemostasia
- ⑦ Localização da fratura

Achados:

- ⑧ Redução direta da fratura com a própria placa + parafuso a cavale
- ⑨ Acesso intrafasciário. Parafuso distal. Parafuso proximal
- ⑩ Confirmação na radioscopia OK

Conduta:

- ⑪ HMC com SF 99%
- ⑫ Lavagem da ferida com solução. Ferimento por planos. Curativo. Retorno em Rx controle.

Fechamento:

OBS:

Utilizada placa 8 furos por fêmur 6, 7 furos.

Data: 22/11/19

Dr. Thales F. S.
CRM PB 712
Ortopedia/Trauma
MÉDICO

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FILIPPE DE SOUZA-SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 21a	SEXO: M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 15	LEITO: 154
DATA DE ADMISSÃO: 18/11/2019		DATA DE ALTA: 23/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do tornozelo esquerdo</i>				CID S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de o lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALTEXINA E DIFIRONA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR THALES SEABRA

Dr. Klênio F. da Nobrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

23/11/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: <u>Elupe de Souza Santos</u>		Nº
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>18</u>	Profissão:
Endereço:		
Unidade Adcritiva:		
Agente de Saúde		
Encaminhado(a) do:		
Para:		
Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente vítima de colisão moto com carro de 2^o andar, apresentando dor, limitação de movimento e fratura do tornozelo E.</u>		
<u>Após atendimento fratura</u>		
<u>selecito avaliação e conduta</u>		

Encaminhamento

Função

Data

18/11/19

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA
(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	

Data

Consultante

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

Ficha Nr: 279871 Atd: Nao Regul
Data: 18/11/2019
Hora: 14:07:42
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENT
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Nome Social: NAO INFORMADO

CPF: 706.799.724-04

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4205361 Fone: 0

Natural: TIMBAUBA/PE Data Nasc.: 02/12/1998 Id: 21 ano(s)

End.: R-DA CONCORDIA, 350 FONE 081 981790634

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: SANRA MARIA DE SOUZA

Pai: RONALDO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: GARCOM

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: HOSPITAL PEDRAS DE FOGO-PB

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Quilograma Principal

ENTORSE NO PE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Rem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	E v

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado


Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: FILIPES de Souza Santos Data da Admissão: 18/11/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1 / 1 / _____

PD: _____

HDA: Paciente com Trauma em
vertebra (5) há 3 dias

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Distlipidemia []Banho de Rio []Casa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Antibiótico profilático
- ② Posicionado em DDH com coxim ou
carrinho em parte da coxa esquerda
- ③ Assépsia + antissépsia em MIE

Incisão:

- ④ Colocação de curativos.
- ⑤ Acesso posterolateral à fíbula distal
- ⑥ Dissecção por planos. Hemostasia
- ⑦ Localização da fratura

Achados:

- ⑧ Redução direta da fratura com a
própria placa + parafuso a cavale
- ⑨ Acesso intrafasciário. Parafuso
distal. Parafuso proximal.
- ⑩ Confirmação na radioscopia OK

Conduta:

- ⑪ HMC com SF 99%
- ⑫ Lavagem da ferida com solução. Ferimento
por planos. Curativo. Retorno a
Rx controle.

Fechamento:

OBS:

Utilizada placa 8 furos por furo
6, 7 furos.

Data: 22/11/19

Dr. Thales F. S.
CRM PB 712
Ortopedia/Trauma
MÉDICO

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FILIPPE DE SOUZA-SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 21a	SEXO: M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 15	LEITO: 154
DATA DE ADMISSÃO: 18/11/2019		DATA DE ALTA: 23/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do tornozelo esquerdo</i>				CID S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de o lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALTEXINA E DIFIRONA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR THALES SEABRA

Dr. Klênio F. da Nobrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

23/11/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
CATALANHO DE IDENTIFICAÇÃO

P-900



Filipe de Souza Santos
ASSINATURA DIGITAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.205.361	DATA DE EXPEDIÇÃO	12/11/2013
NOME	FILIPE DE SOUZA SANTOS		
FILIAÇÃO	RONALDO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS SANDRA MARIA DE SOUZA		
NATURALIDADE	TIMBAUBA-PE	DATA DE NASCIMENTO	02/12/1998
DOC ORIGEM	NASC.N.24330 FLS.115V LIV.A54 CARTORIO ITAMBÉ-PE		
CPF	706.799.724-04		
ASSINATURA DO DETENTOR	<i>Filipe de Souza Santos</i>		

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200187566

Data da solicitação: 22/05/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Felipe de Souza Santos

CPF do beneficiário: 706.799.724-04

Nome do solicitante: José Eduardo da Silva

CPF do solicitante: 455.536.024-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98663-4900
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos:

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura de Tornozelo, fiz cirurgia e apresento sequelas. Colocou placa e parafusos, o qual me faz sentir fortes dores e dificuldade para correr e praticar esportes que necessitem de força por gentileza reavaliar.

João Pessoa - PB 22/05/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200187566 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 15/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Filipe de Souza Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Garçom, residente e domiciliado à Rua da Campanha nº 353, bairro Temilho, Município de Pedras de Fogo, Estado de(o) PR, Cep: 58328-090, portador(a) do Rg nº 4.265.361, SSP/ PR, e CPF nº 706.799.724-04

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agem e Escalv. da Duas nº 157, bairro Alm. Sabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PR, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 1054562, SSP/ PR, e CPF nº 455.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Filipe de Souza Santos, ocorrido em 15/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

Pedras de Fogo, 19 de dezembro de 2019



Filipe de Souza Santos

Outorgante

CPF Nº 706.799.724-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



**CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS**

TABELÃO: Hermano José Medeiros Nobrega
SUBSTITUTO: Ademir Henrique M. Medeiros Nobrega

RUA DOS TRES PODERES, 67 - PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

- Tabelionato
- Registro de Imóveis
- Protesto
- Passos Judiciais
- Títulos e Documentos

Reconheço a(s) Firma(s) Filipe de Souza Santos por

Em Teste da verdade o Tab. Público

Pedras de Fogo - PB, 19 de 12 de 2019

19 DEZ 2019

AIR73500 - 1295

"Selo Digital"
Consulte a Autenticidade em <https://selodigital.tpb.pis.br/>

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045376/20

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

CPF: 706.799.724-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 15/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FILIPE DE SOUZA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

FILIPE DE SOUZA SANTOS : 706.799.724-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146012/20

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

CPF: 706.799.724-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 15/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FILIPE DE SOUZA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

FILIPE DE SOUZA SANTOS : 706.799.724-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/05/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA