

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180528870

Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180528870**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13578872



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180528870

Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13593365



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

351.377.204-10

Nome completo da vítima

José Josivaldo dos Santos Nascimento

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

Nome completo José Josivaldo dos Santos Nascimento		CPF titular da conta 35137720410		Profissão Recebedor	
Endereço Rua São Geraldo		Número 669		Complemento	
Bairro Bom Conselho	Cidade Belo Jardim	Estado PE		CEP 55150-000	
Email				Telefone (DDD)	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (2371) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)				<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRQ	DIV	CONTA NRQ	DIV	AGÊNCIA NRQ	DIV	CONTA NRQ	DIV
0773		036829	1				
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Belo Jardim, 05 de Setembro de 18

Local e Data

José Josivaldo dos Santos Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

214-496779101-7

02/AGO/2016

HORA DE 10:57:00

TERM: 036895

LOT: 15.07183-3  
LOCALIDADE: BELO JARDIM  
AG. VINCULADA: 0773

CONTROLE: 004455352

DEPOSITO EM DINHEIRO

0773 013 00036829-1

JOSE J SANTOS NASCIMENTO

VALOR

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

214-496779101-7

13 VIA

ARUANA SEGURADORA  
09 NOV 2016



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
UNIDADE MOVEL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2090002405

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/10/2018 às 05:01

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Quiloso (Consumado)** que aconteceu no dia 31/5/2018 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, BR 232 - Bairro: COHAB I - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
JOSÉ JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA M. DOS SANTOS** Pai: **JOSÉ FRANCISCO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **19/3/1963** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA SÃO GERALDO, 669 - CEP: 0 - Bairro: SOM CONSELHO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

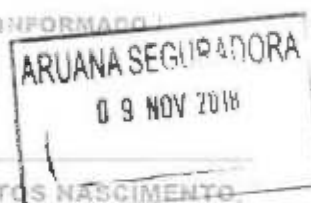
**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** PERNAMBUCO / BRASIL

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

**MOTOCICLETA 1 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN M (ES)** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE4275** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **466571869** Chassi: **9C2KC1670CR54211**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

**MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: OYM8508 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

## Complemento / Observação

NARRA A QUE VÍTIMA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA BR 232 COM DESTINO AO "POSTO DO PERNALTO", QUANDO EM FRENTE À ENTRADA DA CIDADE UMA OUTRA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR DESCONHECIDO ATRAVESSOU NA FRENTE DA SUA MOTOCICLETA NÃO PODENDO DESVIAR DELA E COLIDINDO. POR OCASIÃO DA QUEDA A VÍTIMA SE LESIONOU CONFORME FICHA MÉDICA ANEXA E CONFORME CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº DOP 028/18 ORIGINADA DO 2º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Jose Josinaldo dos Santos Nascimento*  
JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO  
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: JOSE DE ASSIS SILV - Matrícula: 320337-9



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Jose Isidoro dos Santos Nascimento

CPF da Vítima

351.377.204-10

Data do Acidente

31/05/18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Belo Jardim 05 de Setembro de 18

Local e Data

ARUANA SEGURADORA  
09 NOV 2018

Jose Isidoro dos Santos Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**COInter/1 - 2º Grupamento de Bombeiros**

Belo Jardim-PE, 11 de junho de 2018.

Adriano **Marçal** Gouveia Lima - Cap QOC/BM  
Comandante da 5ª SB



**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº DOP 028/18**

O Comandante da 5ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento do **Srº José Josinaldo Dos Santos Nascimento**, RG nº 2468956 SSP-PE, CPF nº 351377204 10, residente na Rua: São Geraldo, nº 669, Bairro: Bom Conselho, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a Ordem de Serviço Operacional nº 1986, foi deslocada a viatura AR 403 da 5ª seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 08h45min do dia 31 de maio de 2018, para atender uma ocorrência de **COLISÃO DE MOTOCICLETAS**, ocorrida na BR 232, s/n, Bairro: Viana, Moura, Belo Jardim - PE, envolvendo uma motocicleta HONDA FAN 125, cor Preta, placa OYM 8508 - PE, Motocicleta HONDA/CG FAN 150, cor preta, placa PFE 4275-PE vitimando o requerente que estava como condutor da moto HONDA/ CG FAN 150 ESI, cor preta, placa PFE 4275 PE, o mesmo apresentava escoriações e ferimentos nos membros superiores e inferiores,.

Após os procedimentos de Atendimento Pré Hospitalares, a vítima foi conduzida ao Hospital Julio Alves de Lira (HRBJ), ficando sob os cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o profissional médico Sevilla Lorena, CRM 20199.

A presente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante da 5ª Seção de Bombeiros e pelo Comandante da Unidade (2ºGB). 3º Sgt BM Marçal 940467-8 Julio Cezar **Laurenço** De lima graduado de dia da 5ª SB,





# 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: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000036829-1

---

Nr. da Autenticação D20B982D8D27EAD7

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Geraldo dos Santos Nascimento,

RG nº 2468956, data de expedição 26/06/81, Órgão SSP-PE,

CPF nº 35137720410, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Geraldo</u>
Número	<u>669</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bom Conselho</u>
Cidade	<u>Belo Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55150 000</u>
Telefone de Contato	<u>81991686771</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belo Jardim 05/09/18

Assinatura do Declarante: José Geraldo dos Santos Nascimento





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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / \_\_\_\_\_  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 351.377.204-10 / \_\_\_\_\_ do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 351.377.204-10 / \_\_\_\_\_ conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <b>RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA</b>		Número <b>37</b>	Complemento <b>GARAGEM</b>
Bairro <b>BOA VISTA</b>	Cidade <b>BELO JARDIM</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>55150-020</b>
Email <b>carlafirminomelo@hotmail.com</b>		Telefone comercial(DDD) <b>(81) 9.9569-0261</b>	Telefone celular (DDD) <b>(81) 9.9168-6771</b>

BELO JARDIM 29 de OUTUBRO de 2018  
Local e Data

Carla Maria Firmino Melo  
Assinatura do Declarante





Prefeitura de  
**Belo Jardim**  
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N°:  
Data: **31.05.18**  
Hora: **09:30h**

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF
	Nome: <b>João Joséinaldo Santos Nascimento</b> 55 anos	
	Data de Nascimento: / /	Sexo: <b>M</b> Cor: Estado Civil:
	Naturalidade:	Profissão:
	Endereço: <b>R. São Geraldo, 669, Bom Conselho, Bz</b>	Telefone:

RESPONSÁVEL	Responsável: <b>0 mes</b> Parentesco:
	Endereço: Fone:
	Trazido por: <b>P F</b>
	Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA	Local do Acidente: Data: / / Hora:										
	<table border="0"> <tr> <td rowspan="3">NATUREZA DO ACIDENTE</td> <td><input type="checkbox"/> Casual</td> <td><input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito</td> <td><input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Queda</td> <td><input type="checkbox"/> Intoxicação</td> <td><input type="checkbox"/> Outras Causas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho</td> <td><input type="checkbox"/> Agressão</td> <td></td> </tr> </table>	NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	
	NATUREZA DO ACIDENTE		<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio						
<input type="checkbox"/> Queda			<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas							
<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho		<input type="checkbox"/> Agressão									



ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico
	História da Doença Atual: <b>Paciente vítima de acidente de moto há 20 mins. Refere dor em punho (E) + antebraço (D) + cefaleia. Apresenta lesão constante em fronte (D).</b>
	<b>Alergias: 0</b>

ATENÇÃO MÉDICA	EXAME - FÍSICO
	Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:
	<b>ECG, cote, hidratado</b>
	<b>SN: Glasgow - P: 4 + 5 + 6 = 15</b>

**ARUANA SEGURADORA**  
09 NOV 2018

Diagnóstico Provisório: **Trauma**  
**Lida Rocha**  
RECEPCIONISTA

MÉDICO CREMEPE

Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
		① Solicito ex punho (E) + antebraço. ② + punho (E) ③ Dificuldade 1 amp + Ab EV ④ Tramal 1 amp + 100ml SED, 9% E/ ⑤ Sutura	
		 André Felipe Nascimento Médico CRM/PE - 24554	
	12:13	Rx: Fratura em rádio distal. (E) CD: ① Como paciente estável hemodinamicamente, discuto caso com familiares transferência para avaliação Ortopedia na UPA Caruaru. ② Imobilização temporária punho E	
		 André Felipe Nascimento Médico CRM/PE - 24554	

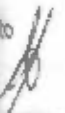
#### CONDIÇÕES DE ALTA

- ☐ Curado  
☒ Melhorado  
☐ Inalterado  
☐ Piorado

- ☐ Óbito  
☐ + 48 horas  
☐ - 48 horas

Em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_

  
 André Felipe Nascimento  
 Médico  
 CRM/PE - 24554

Transferido para: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE ALTA

- ☒ Decisão Médica  
☐ Alta Pedida  
☐ Transferência  
☐ Indisciplina

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MÉDICO CREMEPE  
 Carimbo



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

NOME: POX. JOSIMAR DA SILVA

REG.: 119 601

DATA DE NASCIMENTO: 19 / 03 / 1963

DATA DA CIRURGIA: 04 / 06 / 18

DIAGNÓSTICO: fratura patológica do  
ulnário esquerdo - fratura

TRATAMENTO: Cirurgia e fixação com

DATA DO RETORNO: 18 / 06 / 18

MOTIVO DO RETORNO: doença metastática por

metastase - 170 cm e 110 kg

Ob. Exames

Dr. Marlon V. Costa  
Traumato - Ortopedia  
CRM - 5980

ARUANA SEGURODORA

09 NOV 2018





HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

NOME: João Francisco da Silva

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura da tíbia esquerda CID-10: S526, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 07/08/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Paciente em tratamento  
Uso de 30 dias  
Laudo para retorno ao trabalho  
Bezerros, 23/07/18 Silva - 01/09/18

João Marilton V. Costa  
Traumato - Ortopedia  
CRM - 5930

ARUANA SEGRADORA  
09 NOV 2018





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **351.377.204-10**

Nome: **JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**

Data de Nascimento: **19/03/1963**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

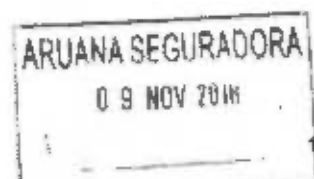
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:08:47** do dia **09/11/2018** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **5179.9AA1.0875.9F01**



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

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA

CIC

Nº DE REGISTRO 35137204 10

NOME DO CONTRIBUÍVEL JOSÉ JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

VÁLIDA ATÉ 30/06/63 E CONTAR NA DATA DO CANCELAMENTO DO AGENTE RECEITOR NASCIMENTO 19.03.63

ASSINATURA DO CONTRIBUÍVEL José Josinaldo dos Santos Nascimento

LEIA CUIDADOSAMENTE COM A APRESENTAÇÃO DA CARTILHA DE IDENTIFICAÇÃO

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO PARANÁ DE IDENTIFICAÇÃO

7468956

Nome: José Josinaldo dos Santos  
Assinatura: José Josinaldo dos Santos  
Nome: Maria Madalena dos Santos  
Data de Nascimento: Brejo da Madre D'Água PR 19/03/1963  
Data de Registro: 28/05/1981

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

ARUANA SEGURADORA  
09 NOV 2018

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

Nome: José Josinaldo dos Santos

85

Porta de Entrada

(CARTÃO DE IDENTIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
CENTRO NACIONAL DE HABITAÇÃO

**PE**

**NOME**  
CARLA MARIA FIRMINO MELO

**DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR / UF)**  
9179606 SDS PE

**CPF**  
076.721.044-29

**DATA NASCIMENTO**  
08/01/1986

**FILIAÇÃO**  
NÃO DECLARADO

**QUANTIDADE FIRMINO MELO**

**PERMISSÃO**  
00000000000000000000000000000000

**ACE**  
00000000000000000000000000000000

**CAT. HAB.**  
0

**Nº REGISTRO**  
05874520418

**VALIDADE**  
23/11/2022

**1ª HAB. ITAÇÃO**  
09/09/2015

**RESERVAÇÃO**

*Carla Maria Firmino Melo*  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

**LOCAL**  
CARUARU, PE

**DATA EMISSÃO**  
24/11/2017

*Charles Anderson Sousa Ribeiro*  
Assessor Presidente

31457416896  
PE002614343

**PERNAMBUCO**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
1487707000

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
1487707000

AGUANA SEGURADORA  
09 NOV 2018

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 013727090439  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA 1 RENAVAM 466971869 RNTRO \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2018

NOME  
**JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**

**BELO JARDIM-PE**

CPF / CNPJ 351.977.204-10 PLACA PFE4275

PLACA ANT. / UT \*\*\*\*\* / PE CHASSI 9C2KC1670CR542211

ESPECIE TIPO RAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CL 29/149CL CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
**IPVA 2018 QUITADO**  
 1 \*\*\*\*\*  
 2 \*\*\*\*\*  
 3 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
**SEGURO PAGO**

OBSERVAÇÕES  
**SEM RESERVA**

BELO JARDIM DATA 25/04/18

**Charles Andrews Sousa Ribeiro**  
 Diretor Presidente DETRAN/PE

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PE Nº 013727090439 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

BELO JARDIM-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 25/04/18

VIA 1 CPF / CNPJ 351.977.204-10 PLACA PFE4275

RENAVAM 466971869 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012 CAT. DEB. 09 Nº CHASSI 9C2KC1670CR542211

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)  
**SEGURO PAGO**

PAGAMENTO DATA DE OUTRAGIO  
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.605/0001-04

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.**

**ARUANA SEGURADORA**

**09 NOV 2018**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180528870 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE JOSINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
**Nascimento:**

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

**Data da análise:** 20/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO E ULNA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (NEURÓLISE, DEBRIDAMENTO, FIO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM:** 5290873-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Talita Fonseca Medeiros*



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

DATA DO ACIDENTE 31/05/2018 CPF DA VÍTIMA 351.377.204-10

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADORA

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA

Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO CENTRO

CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020

E-MAIL carlafirminomelo@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

**ARUANA SEGURADORA**

**09 NOV 2018**

**Jose**

**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO**  
**DO BILHETE DE SEGURO DPVAT**

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2018 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

Vencimento: 20/02/2018

**BILHETE PAGO EM: 22/01/2018**

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/PFE-4275
CHASSI Nº:	9C2KC1670CR542211
RENAVAM:	00466971869
NOME DO PROPRIETÁRIO:	JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 9 de Novembro de 2018



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0408485/18

**Vítima:** JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIME

**CPF:** 351.377.204-10

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 31/05/2018

**Titular do CPF:** JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

### JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO : 351.377.204-10

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 09/11/2018  
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO  
CPF: 076.723.044-29

CARLA MARIA FIRMINO MELO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral