

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FILYPE FERNANDES FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180441167**

Vitima: **FILYPE FERNANDES FERREIRA**

Data do Acidente: **28/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180441167**.

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 13396454



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FILYPE FERNANDES FERREIRA**
Nº Sinistro: **3180441167**
Vitima: **FILYPE FERNANDES FERREIRA**
Data do Acidente: **28/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180441167**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13398183



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FILYPE FERNANDES FERREIRA**
Nº Sinistro: **3180441167**
Vitima: **FILYPE FERNANDES FERREIRA**
Data do Acidente: **28/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180441167**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



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 325.200.674-89 | Nome completo da vítima Filipe Fernandes Ferreira |
|---------------------------|---------------------------------|--|

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------|
| Nome completo Filipe Fernandes Ferreira | | CPF titular da conta | | Profissão Recuso |
| Endereço Rua Estud. Dalmo Belmont | | Número 87 | Complemento A-101 | |
| Bairro Muzumagro | Cidade João Pessoa | Estado PB | CEP 58060-217 | |
| Email | | Telefone (DDD) (83) 98708-8728 | | |

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | | <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| AGÊNCIA NRO. 3487 | | D/V | | CONTA NRO. 29486 | | D/V | |
| (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.

João Pessoa 20 de Setembro de 2018.

Local e Data

Filipe Fernandes Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08037.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08037.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 21:15 horas do dia 11 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Filipe Fernandes Ferreira**, conhecido(a) por Felipe, CPF nº 125.200.674-89, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Cristiane Fernandes da Silva e Fabio Fernandes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/12/1999 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Estudante Dalmo Belmont, Nº 87, complemento CONDOMÍNIO RESIDENCIAL, APART. Nº 101, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final do Ônibus da Linha 118 do Valentina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 87088-728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Fernando Luiz Henrique, nº S/N, Via Pública, Próximo a Churrascaria Sal e Brasa, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/18 19:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, OUTROS FATOS, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 125i FAN, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2018/2018, placa QSC-8936, chassi 9C2JC6900JR312287, renavam 0115732775-0, características gerais: Nº. C.R.L.V.: 014081894341; nº. P.R.T.: 20180000282810-7; nº. Laere: 0046487042; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária: A.f.banco Honda S.a.; em Nome de Cristiane Cardoso Fernandes.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI SURPREENDIDO POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE CRUZOU A AVENIDA PRINCIPAL, QUE ERA A VIA DO DECLARANTE, SEM RESPEITAR A SINALIZAÇÃO DE TRÂNSITO DO LOCAL, E QUE O DECLARANTE VEIO A COLIDIR NA LATERAL DO MESMO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR, E QUE O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA E NEM FOI IDENTIFICADO POR NINGUÉM, SENDO O DECLARANTE SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITI (TRAUMINHA) NESTA CIDADE, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA E ASSINADO PELO MÉDICO EDUARDO PAES LYRA, C.R.M./PB 11487, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS

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.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre L.N. de Souto Lima
Comissão - Mat. 157 30/08/18

Procedimento Policial: 08037.01.2018.1.01.012

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 11 de setembro de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba

Sec. de Segurança Pública

Alexandre J. N. de Souto Lima

Comissário - Mat. 157.356-0

FILYPE FERNANDES FERREIRA

Noticiante



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 interditada 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

Filipe Fernandes Ferreira

CPF da Vítima

125.200.674-89

Data do Acidente

28/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

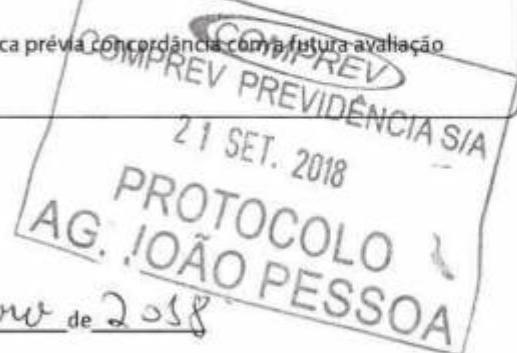
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar 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.



João Pessoa, 20 de Setembro de 2018

Local e Data

Filipe Fernandes Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA 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: 1488087 Atd: Nao Regul
Data: 28/07/2018
Hora: 20:58:18
Recepcionista: MAIZE DE FATIMA GOME
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FILIPE FERNANDES FERREIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.003813

CNS: SEM-CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 996037995

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/2000 Id: 18 ano(s)

End.: RUA ESTUDANTE DALMA BELMONT, 87

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: CRISTIANE FERNANDES

Pai: FABIO FERREIRA DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

End.: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO HJ NO BESSA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Exame Principal

VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, CORTE E TRAUMA EM MID

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente chegou com queixa de dor no abdome, no ponto de impacto, com dor em náuseas. Relato de trauma por colisão de carro com moto, sem uso de cinto de segurança. Ferimentos por corte e trauma em membros inferiores.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

1 AT 500mg
Diphenhydramine
Doliprane 1000mg

EDMILSON CARLOS PEREIRA
TEN. OF. MED. - CRM 80815
IDT 070.514.707-2 M.O.E.B.

27
07
18

Osteoquia

Paciente vítima de colisão com
moto apresentando dor, edema
deformidade no punho (D)

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

HD: Fratura dos
ossos do punho (D)

Col: Internação
hospitalar

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-78 8618
CREMEPE/22261
TEO 15618

- Cefalotina
2g + AD

Reservado



Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Antônio Carlos da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

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: 22/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FILYPE FERNANDES FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000029486-0

Nr. da Autenticação CA38B2C59B070C18

CRISTIANE CARDOSO FERNANDES
RUA ESTUD DALMO BELMONT, 87 / 101 - MUCUMAGRO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58066217 (AG: 1)

Emissao: 24/07/2018 Referencia: Jul / 2018

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Roteiro: 13 - 5 - 640 - 2741 Nº medidor: 00008726620



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 009 986 535
Cód. para Déb. Automático: 00017430042

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Jul / 2018

Apresentação

24/07/2018

Data prevista da
próxima leitura

23/08/2018

CPF/ CNPJ/ RANI

471.409.243-0

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1743004-2

Canal de contato

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 22/06/18 | 2473 | 24/07/18 | 2574 | 1 | 101 | 32 |

Demonstrativo

| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa/ | Valor Base Calc | Aliq. | ICMS(R\$) | Base Calc | Pis(R\$) | Cofins(R\$) | |
|------------------------|---------------------------|---------------------|----------|-----------------|-------|-----------------|-----------|-----------|-------------|------|
| | | Tributos Total(R\$) | | ICMS(R\$) | ICMS | Pis/Cofins(R\$) | | (1,0845%) | (4,9955%) | |
| 0601 | Consumo em kWh | 101,000 | 0,739080 | 74,64 | 74,64 | 27 | 20,15 | 74,64 | 0,81 | 3,72 |
| 0601 | Adic. B. Vermelha | | | 7,54 | 7,54 | 27 | 2,03 | 7,54 | 0,08 | 0,39 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | |
| 0807 | CONTRIB SERV.ILUM.PÚBLICA | | | 3,29 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cristiane Cardoso Fernandes,
RG nº 2368453, data de expedição 25/09/2015
Órgão _____, portador do CPF nº 047.140.92430, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Estoril do Rio Belmont, nº 87,
complemento Valentim, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Filipe Fernandes Ferreira cujo o condutor era
Filipe Fernandes Ferreira.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 125I FAN
Ano: 2018/2018
Placa: QSC 8336/PA
Chassi: 3C2JCB9007R352287
Data do Acidente: 28/07/2018
Local e Data: João Pessoa, 21/08/2018

* Cristiane Cardoso Fernandes
Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRICTAL
Bel. Afonso Vieira Batista - Titular / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Elís Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3339-0000 / 3339-0001

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
CRISTIANE CARDOSO FERNANDES.....
Em test. da verdade. João Pessoa - PB 21/08/2018 13:36:01
Maricleide Alexandre da Silva Norais - 25095785E AUTO
[2018-039677]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,76 TPJ:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AHJ87648-4SZY
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

ots

PRONTUÁRIO

Nº: 2018-23813

28.07.18

Stx

NOME DO PACIENTE:

Felipe F. F.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTOCOLADO
JOÃO PESSOA

ENFERMARIA:

7

LEITO:

124

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edipe F. Ferreira **Data da Admissão:** 28/07/18
Prontuário: _____ **Idade:** 19 **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M (x) **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1/1/

QPD: Do e deformidade em pernas
HDA: Do e deformidade e deformidade de membros inferiores de modo a não permitir andar de modo normal

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:** _____

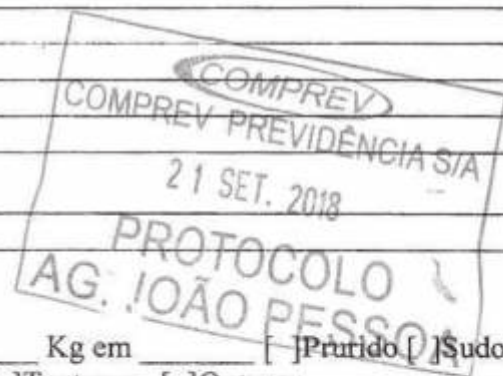
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
 []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ **Outros:** _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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: [x]Dor _____ []Rigidez pós-reposuo []Deformidades
 []Artralgia []Calor []Rubor [x]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: _____ []HTF

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

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

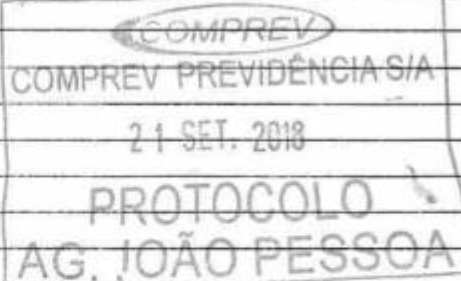
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____



Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura do osso oleConduta: internação hospitalar

| | | | | | |
|---|-------------------|------|----------------------------------|-----------|--------------|
| Nome: <i>Felipe F. Ferreira</i> | | | | Registro: | |
| Idade: <i>24</i> | Sexo: <i>Masc</i> | Cor: | Clínica: <i>Ortopedia</i> | EMP: | LR: |
| Data: <i>01/08/18</i> | | | Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i> | | |
| 1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i> | | | 2º Assistente: | | |
| Anestesista: <i>Ibeloni</i> | | | Instrumentador: <i>Maria</i> | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i> | | | | | <i>S82.3</i> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>O mesmo</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) | | | | | CÓDIGO |
| <i>Osteossintese de Fratura de Tíbia</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não | | | | | |
| Descreva: | | | | | |
| | | | | | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não | | | | | |
| Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|---|------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------|
| NOME <i>Felipe F. Ferreira</i> | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE | SEXO <i>Masc</i> | COR | CLÍNICA <i>Ortopedia</i> | ENF. | LEITO |
| DATA DE ADMISSÃO <i>28/07/18</i> | | DATA DE ALTA <i>02/08/18</i> | | TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>5 dias</i> | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i> | | | | CID <i>S82.3</i> | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i> | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</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, CONDIÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia, Submetido no dia de ontem a cirurgia através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica 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: Ciprofloxacina, Alginac

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 16/08/18 as 08:00h para revisão.

01/08/18

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Filipe Francisco

Luiz M. D. S.

Por shuntado a

Tro. Caudal 21

fe exp de osso de

Ponta ⑤ em 28 de

Junho de 2018.

Resumo Tro. Caudal

Atividade no 205. Ops

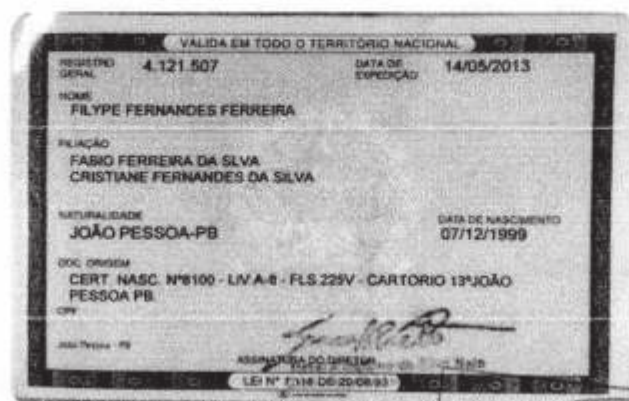
Revisão



Mourão Artur Felício
Ten. MED-GEI 0702039/SS/MD
CRM-PB/522 / CRM-PE 21194

14/02/19

Assinatura e Carimbo





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



**Número
125.200.674-89**

**Nome
FILYPE FERNANDES FERREIRA**

**Nascimento
07/12/1999**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014081894341

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REN. RAN. DDT-20180000282810-7 EXERCÍCIO
1 0115732775-0 00/00000000 2018

NOME
CRISTIANE CARDOSO FERNANDES

CPF/CNPJ
04714092430

PLACA
QSC8936/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB

CHASSI
9C2JC6900JR312287

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB. ANO MOD.
2018 2018

CAP/POT/CIL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA
IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENC./COTAS
1º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS
***** 0

2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 03/07/2018

OBSERVAÇÕES
A.F BANCO HONDA S.A

0

JOAO PESSOA-PR

DATA
05/07/2018

9999999

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 014081894341

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
05/07/2018

VIA COD. REN. RAN. DDT-20180000282810-7 EXERCÍCIO
1 04714092430

PLACA
QSC8936/PB

BENAVAM
01157327750

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB.
2018

CAT. TARF.
9

Nº CHASSI
9C2JC6900JR312287

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGO

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

03/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1505249-20180705

ABR-2018

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441167 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILYPE FERNANDES FERREIRA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441167 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILYPE FERNANDES FERREIRA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180441167 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILYPE FERNANDES FERREIRA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA NOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347626/18

Número do Sinistro: 3180441167

Vítima: FILYPE FERNANDES FERREIRA

CPF: 125.200.674-89

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FILYPE FERNANDES FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/10/2018
Nome: FILYPE FERNANDES FERREIRA
CPF: 125.200.674-89

FILYPE FERNANDES FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347626/18

Vítima: FILYPE FERNANDES FERREIRA

CPF: 125.200.674-89

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FILYPE FERNANDES FERREIRA

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

FILYPE FERNANDES FERREIRA : 125.200.674-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: FILYPE FERNANDES FERREIRA
CPF: 125.200.674-89

FILYPE FERNANDES FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347626/18

Vítima: FILYPE FERNANDES FERREIRA

CPF: 125.200.674-89

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FILYPE FERNANDES
FERREIRA

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

FILYPE FERNANDES FERREIRA : 125.200.674-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: FILYPE FERNANDES FERREIRA
CPF: 125.200.674-89

FILYPE FERNANDES FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA