

---

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**



---

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](http://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**

---

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](http://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**

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

125.200.674-89

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
Endereço	Rua E. Jud. D'Almeida Belmont	Número	87
Bairro	Mucurumagro	Cidade	João Pessoa
Email		Estado	PB
		CEP	58060-217
		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"/> RECUZO 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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO: 3487

D/V

CONTA

NRO: 29486

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

21 SET. 2018

NRO

PROTÓCOLO

104

PESOA

AG. 104

CONTA

NRO:

D/V

(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 12<sup>ª</sup> Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigacao, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu Filype 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. telefones(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.i.v.: 014081894341; nº. P.r.t.: 20180000282810-7; nº. Lacre: 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 TRANSITO 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 ESTA DELEGACIA DE POLICIA 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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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

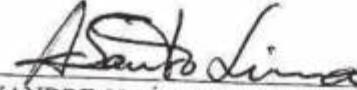


**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



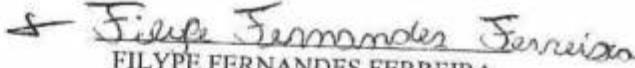
**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 11 de setembro de 2018.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigacao

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

  
FILYPE FERNANDES FERREIRA

Noticiante



Procedimento Policial: 08037.01.2018.1.01.012

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

*325.200.674-89*

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.

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

*Meu Pessoal, 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: 148808 Atd: Nao Regul  
Data: 28/07/2018  
Hora: 20:58:18  
Repcionista: MAIZE DE FATIMA GOMEZ  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1  
Nome: FILIPE FERNANDES FERREIRA 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: SOL  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLE  
Resp.: A MAE  
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Tendencia: 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:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado

- 'xa Principal  
VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, CORTE E TRAUMA  
EM MID

[ ] Regular [ ] Cho  
[ ] Vomito **COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
Observação

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

say à Dr. Roberto que de l'opérateur, mais par des débats  
entre eux mêmes. Peut-être que leur émission d'ordre et  
l'application de l'opérateur seraient plus propres. S'il  
nous faudrait déclarer

## Diagnóstico | Conduta

The following is the

Prescricao | Horario da medicacao

EDIMILSON CARLOS PEREIRA  
TEN. OF MED. - CR 3000013  
IDT 070-514-707-2 MOVED

27  
07  
18

# ontradicia

Pointe vitime de colisão com  
mão agressora da dor, edema  
deformidade permanente D

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

# 14 D: Facturas das  
enros de ferro D

Col. - *Internuncio*  
*nomi talor*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ENFERMAGEM  
Dr. Evertton Neconostos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RB 8618  
CREMEEPE 22251  
TEOT 16918

- Cefalotin  
2g + A.D

### Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO



#### DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

→ Options laudac. durrandei

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

# 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: 00000029486-0

---

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, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Roteiro: 13 - 5 - 640 - 2741 Nº medidor: 00008726620

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°009.926.535  
Cód. para Déb. Automático: 00017430042

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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	Data			
22/06/18	24/07/18	1	101	32
2473	2574			

**Demonstrativo**

Quantidade Tarifa c/ Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$) Base Calc. Pis(R\$) Cefins(R\$)  
Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pis/Colins(R\$) (1,0845%) (4,9955%)

0801 Consumo em kWh 101,000 0,73€080 74,64 74,64 27 20,15 74,64 0,81 3,72  
0801 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

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

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Christiane Cardoso Fernandes,

RG nº 2368453, data de expedição 25/09/2015

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 047.140.924-30, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua restaurante do m. Belmont, nº 87,

complemento Valentina, 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 125 T FAN

Ano: 2018/2018

Placa: QSC 8936/PB

Chassi: 3C2JG6900JR352287

Data do Acidente: 28/07/2018

Local e Data: João Pessoa, 21/08/2018

*CUMPREV PREVIDÊNCIAS*  
*02 OUT. 2018*  
*PROTÓCOLO*  
*C. 1010 PESSOA*

Christiane Cardoso Fernandes

Assinatura do Declarante

**CARTÓRIO**  
**VIEIRA BATISTA**

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Ribeiro Vieira Batista - "Tribunal / Bar" - Rua Dr. Vieira Batista - Bairro  
Ribeiro Vieira Batista - 01 - João Pessoa/PB - CEP: 58010-000 - Fone: (83) 3222-1000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

CHRISTIANE CARDOSO FERNANDES

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 21/08/2018 13:30:01

Caricatura de Alexandre da Silva Neiva - ESCREVENTE AUTO

[2018-0396777]EMOL:R\$ 9,48 FARPEM/01/2018/PJ:R\$ 1,90

SELO DIGITAL: AHJ87648-4527

Confira a autenticidade em <https://sodigital.tjpb.jus.br> João Pessoa-PB





# **Complexo Hospitalar MANGABEIRA**

**GOVERNADOR TARCISIO BURITY**

# **PRONTUÁRIO**

Nº: 201800000000

28.07.18

AG6

**NOME DO PACIENTE:**

Philippe

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA  
21 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

**ENFERMARIA:** 7 **LEITO:** 124

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Edinei F. Ferreira **Data da Admissão:** 28/04/18  
**Pronutário:** \_\_\_\_\_ **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:** Dor e deformidade em perna  
**HDA:** Dor, edema e deformidade de perna, nome devido ao tratamento  
  
**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_  

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

  
**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:** [ ]Do: \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
 [ ]Dispneia [ ]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:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]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: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]JDM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco 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)= \_\_\_\_\_

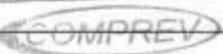
Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

AR: \_\_\_\_\_

21 SET. 2018

ABD: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO

AGU: \_\_\_\_\_

AG. JOÃO PESSOA

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Fistula de orofaringe

Conduta: \_\_\_\_\_

Internação hospitalar

Nome: <i>Felipe F. Ferreira</i>				Registro:
Idade: 24	Sexo: Masc	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP: _____
Data: 01/08/18		Cirurgião: Mouribe Arruda		
1º Assistente: Alexandre Galvão		2º Assistente: _____		
Anestesista: Ibeloni		Instrumentador: Maria		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i>				S82.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Osteossíntese 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 21 SET. 2018 AG. JOÃO PESSOA PROTOCOLO

## 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 quadris demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>	
ÓBITO						
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) 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 anti-inflamatória, antitrombolítica 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: Ciprofloxacin, Alginac						
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 16/08/18 as 08:00h para revisão.						
<i>01/08/18</i>				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						

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



## RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Filipe Fernando  
Luis M. D. S.

Por schmida

TIO AVONAL 21

SEXO MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO 28/05

INÍCIO DE 2018.

Residência TIO AVONAL

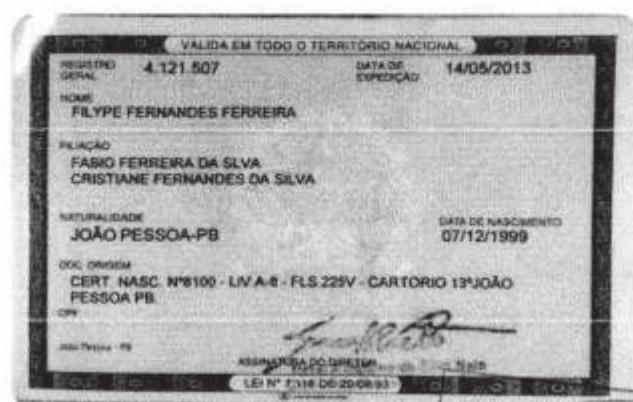
RESIDENCIAL NO 205 - OPS  
Maringá



Moura de Andrade Fernandes  
Ten.MED/01 0702029/55/MD  
CRM-PB 1522 / CRM-PE 21194

14/02/19

Assinatura e Carimbo



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



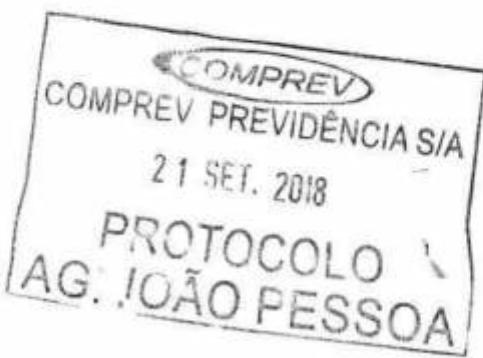
**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número**  
**125.200.674-89**

**Nome**  
**FILYPE FERNANDES FERREIRA**

**Nascimento**  
**07/12/1999**



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PB** N° 014081894341  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PRT 20180000282810 EXERCÍCIO  
1 0115732775-0 00/00000000 2018

NOME  
00446482 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. 2018 ANO MOD. 2018

CAP/POT/CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS  
I PVA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º  
FAXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2º  
A \*\*\*\*\* 0 3º

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

A.F BANCO HONDA S.A. OBSERVAÇÕES  
0

JOÃO PESSOA-PE DATA 05/07/2018  
99999999 7003781

**DENATRAN**

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

**PB N° 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/07/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 04714092430 PLACA QSC8936/PB

BENAVAM 01157327750 MARCA / MODELO HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB. 2018 CAT. TARF. 9 Nº CHASSI 9C2JC6900JR312287

**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 03/07/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
7003781-1505249-20180705

**BR-2018**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180441167      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FILIPE 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180441167      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FILIPE 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:** FILIPE 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347626/18

**Número do Sinistro:** 3180441167

**Vítima:** FILYPE FERNANDES FERREIRA

**CPF:** 125.200.674-89

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** FILYPE FERNANDES FERREIRA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## 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](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: 02/10/2018  
Nome: FILYPE FERNANDES FERREIRA  
CPF: 125.200.674-89

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

FILYPE FERNANDES FERREIRA

---

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347626/18

**Vítima:** FILYPE FERNANDES FERREIRA

**CPF:** 125.200.674-89

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** FILYPE FERNANDES FERREIRA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](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: 21/09/2018  
Nome: FILYPE FERNANDES FERREIRA  
CPF: 125.200.674-89

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FILYPE FERNANDES FERREIRA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347626/18

**Vítima:** FILYPE FERNANDES FERREIRA

**CPF:** 125.200.674-89

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** FILYPE FERNANDES FERREIRA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](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: 21/09/2018  
Nome: FILYPE FERNANDES FERREIRA  
CPF: 125.200.674-89

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FILYPE FERNANDES FERREIRA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA