Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180320602**
Vitima: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**
Data do Acidente: **22/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180320602.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180320602**
Vitima: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**
Data do Acidente: **22/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180320602**, 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180320602**
Vitima: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**
Data do Acidente: **22/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180320602**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180456807**
Vitima: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**
Data do Acidente: **22/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180456807**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180456807**
Vítima: **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**
Data do Acidente: **22/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180456807**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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	Nome completo da vítima
	048.205.284-83	Pamela Priseyla Santos da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Pamela Priseyla Santos da Silva	CPF titular da conta: 048.205.284-83	Profissão: Vendedora
Endereço: Desemb. Manoel Taigy de Queiroz Melo	Número: 80	Complemento:
Bairro: Alto do Mateus / Cidade: João pessoa	Estado: PB	CEP: 58090232.
Email: alexandracesarduarte@hotmail.com		Telefone (DDD): (83)99105.5363

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

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] 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: ____ DV: ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: ____ DV: ____ (Informar dígito se existir)

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: Brasil NRO:
AGÊNCIA NRO: 4020 DV: 7 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: 35 924 DV: 6 (Informar dígito se existir)

COMPREV PRESTADORA DE SERVIÇOS S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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, 19 de Junho de 2018
Local e Data

Pâmela Priseyla Santos da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

c/c

4020-7 35.924-6

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SIA
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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	Nome completo da vítima
	048.205.284-83	Pamela Priseyla Santos da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Pamela Priseyla Santos da Silva	CPF titular da conta: 048.205.284-83	Profissão: Vendedora
Endereço: Desemb. Manoel Taigy de Queiroz Melo	Número: 80	Complemento:
Bairro: Alto do Mateus / Cidade: João pessoa	Estado: PB	CEP: 58090232.
Email: alexandracesarduarte@hotmail.com		Telefone (DDD): (83)99105.5363

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

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] 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: ____ DV: ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: ____ DV: ____ (Informar dígito se existir)

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: Brasil NRO:
AGÊNCIA NRO: 4020 DV: 7 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: 35 924 DV: 6 (Informar dígito se existir)

COMPREV PRESTADORA DE SERVIÇOS S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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, 19 de Junho de 2018
Local e Data

Pâmela Priseyla Santos da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

c/c

4020-7 35.924-6

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SIA
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	Responsável pelo Levantamento do Acidente:	Posto/Graduação:
0841- 2017	JOSENILDO DA SILVA FERREIRA	3º SGT/PM

Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	Hora	Bairro	Município:	U.F.
Rua 02 de Fevereiro	15:10	Rangel	João Pessoa	PB

Data/Ocorrência	Dia da Semana	C/S Vítima (QT)	Natureza do Acidente	Tipo de pavimento	Condições/Via	Tempo
22-11-2017	Quarta-feira	Com	Abalroamento	Asfalto	Seca	Bom

Envolvidos no acidente (Quantidade)	Controle do tráfego no local
02 Veículos	Placa de Pare

CONDUTOR 01

Nome	Sexo	Nascimento	RG
José Francisco da Silva	Masculino	25-05-1975	1791575

Endereço: Rua Juiz Antônio Rodrigues Marciel, 183, José Américo, João Pessoa, PB – Tel.(083)98713-9383

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
01-08-1994	E	02345173180	PB	Sim	16-11-2017	Sim	

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
Não	Permaneceu no local

VEÍCULO 01

Marca/Modelo	Espécie	Placa	Categoria	Município	UF
GM Corsa	Automóvel	MNV - 0849	Particular	João Pessoa	PB

Nome do Proprietário: Suely Cristina de Costa Silva

Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	011545519395	0072644526-6	28-0[illegible]-201[illegible]

Defeitos: Nada constatado

PROTOCOLO JOÃO PESSOA 15 JUL. 2018 COMPREV PREVIDENCIA S.

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava no sentido Jaguaribe/Rangel, na faixa da esquerda quando foi surpreendido pelo V2 que avançou a placa de Pare, interceptando a passagem do V1.

CONDUTOR 02

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Maria José Batista dos Santos	Feminino	19-10-1969	1107963

Endereço: Rua Des. Manoel Taigy de Queiroz Melo, 80, Alto do Mateus, João Pessoa, PB – Tel.(083)98842-9915

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
23-09-2008	AB	00461783713	PB	Sim	30-07-2020		Sim

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
Não	Hospital de Trauma

VEÍCULO 02

Marca/Modelo	Espécie	Placa	Categoria	Município	UF
Honda CG 150	Motocicleta	NQE - 3453	Particular	João Pessoa	PB

Nome do Proprietário: Maria José Batista dos Santos

Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	013027503528	0045911774-8	29-03-2017

Defeitos: Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: Saiu da via B, obedeceu a placa de Pare, visualizou se a via A estava livre, constatando que se encontrava livre, sinalizou à esquerda para subir a Via A, momento em que deparou-se com o V1 em alta velocidade invadiado a faixa em que se encontrava o V2, desta forma abalroando no V2 sem que houvesse qualquer possibilidade de fazer uma manobra defensiva.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 15/06/2018

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BPTran

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0841 - 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
GM Corsa	MNV – 0849 PB	3º Sgt Ferreira	22-11-2017

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

m	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
2	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
4	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
5	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
6	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
8	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
0	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
1	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
						Total Geral (Sim + NA)	00		

servações: DANO DE PEQUENA MONTA

ALIAÇÃO POR DANO:

antidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
antidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
antidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Honda Fan 150	NQE – 3453 PB	3º Sgt Ferreira	22-11-2017

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

m	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
4	Coluna de direção		x			Total Geral (Sim + NA)	00		

servações: DANO DE PEQUENA MONTA

ALIAÇÃO POR DANO:

antidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
antidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
antidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

TRANSITO URBANO E RODOVIARIO
Cópia de Conformidade com o Original
Em: 15/06/2018
ASSINATURA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa-PB, 18 de Dezembro de 2017.

Josenildo da Silva Ferreira
518069-4

Josenildo da Silva Ferreira 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BPTran

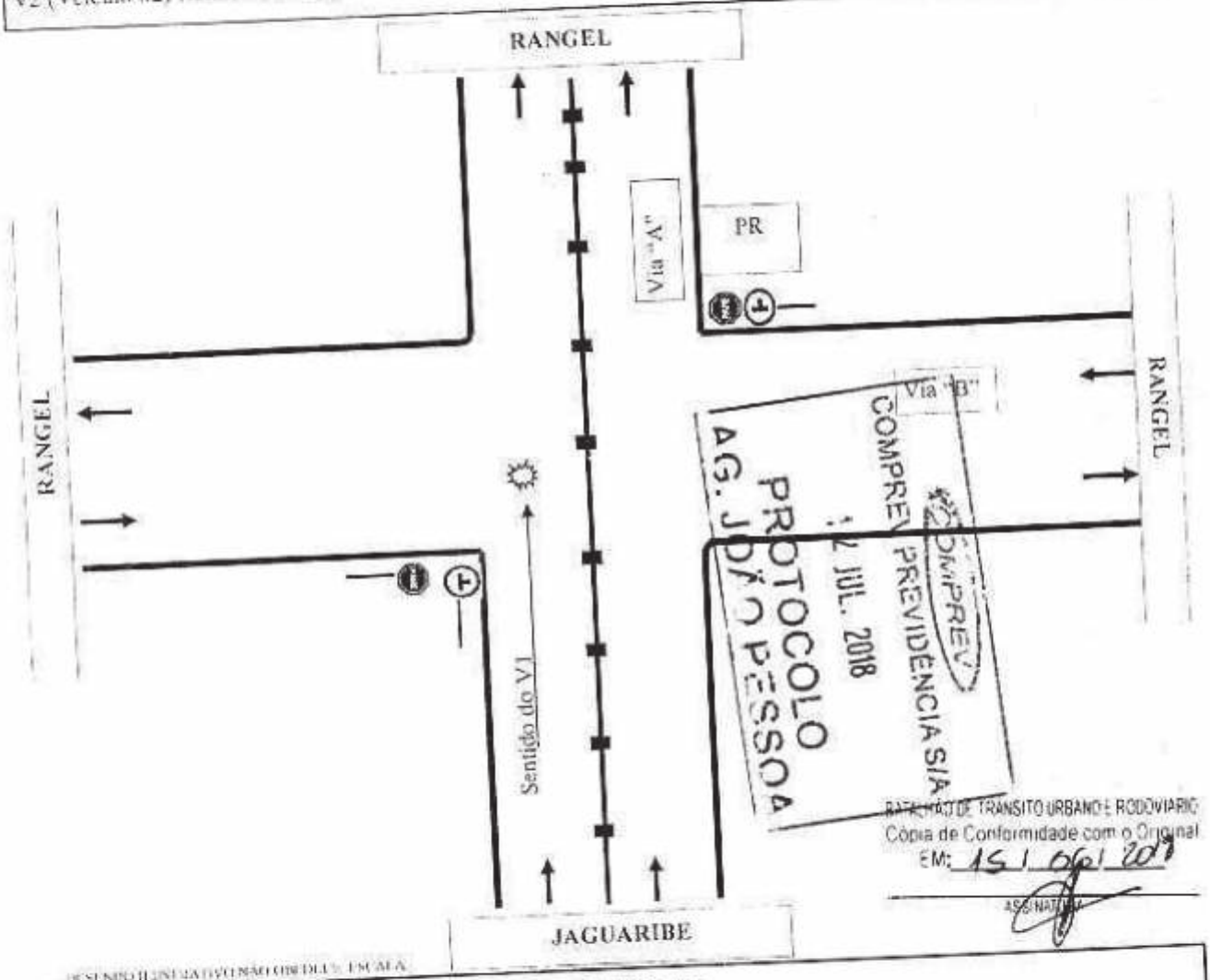
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0841/ 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida 02 de Fevereiro 07.00metros

PR (Ponto de Referência) Casa Nº 120
PA (Ponto de Amarração)

V1 (Veículo 01) Retirado do local
V2 (Veículo 02) Retirado do local

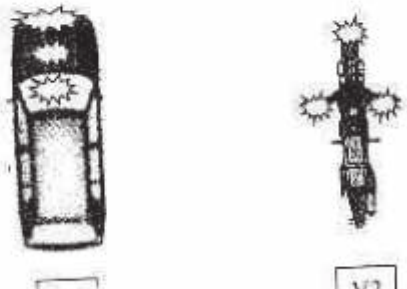


COMPREV
PREVIDÊNCIA SIA
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 15 / 06 / 2017
ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



Josenildo da Silva Ferreira
518069-4

Josenildo da Silva Ferreira 3º SGT PM
Responsável pelo Levantamento

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0841/ 2017

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)

LATERAL ESQUERDA (V1)

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 15/06/2018

Josenildo da Silva Ferreira 3º SGT PM
Josenildo da Silva Ferreira
518069-4

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0841 - 2017

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
Maria José Batista dos Santos	Feminino	19-10-1969

Endereço
Rua Des. Manoel Taigy de Queiroz Melo, 80, Alto do Mateus, João Pessoa, PB

	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
	02	

Condição da Vítima	Conduzida Para
Condutor	Hospital de Trauma

VÍTIMA 02

Nome	Sexo	Nascimento
Pamela Priscila Santos	Feminino	

Endereço

	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
	02	

Condição da Vítima	Conduzida Para
Passageiro	Hospital de Trauma

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O sinistro deu-se na faixa da esquerda, via B que é nalizada com placa de Pare; V1 e V2 removido ao Bptran; Ambos os veículos se encontravam fora do local do nistro.

João Pessoa – PB, 18 de Dezembro de 2017.

Josenildo da Silva Ferreira
518069-4

Josenildo da Silva Ferreira 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 15/06/2018
ASSINATURA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Pamela Priseyla Santos da Silva	048.205.284-83	22/11/17

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
COMPREV
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João pessoa, 19 de Junho de 2018.
Local e Data

Pamela Priseyla Santos da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

VISTO EM: __/__/__

Comandante do BAPH

TEN CEL 521.260-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 01 de dezembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 479/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 22/11/2017, conforme requerimento nº 444/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 13h55min o/a Sr.(a) **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**, CPF: 048.205.284-83, vítima de acidente de transito *(colisão(carro x carro))*, ocorrido na Av 2 de Fevereiro, Rangel – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46 tendo como chefe o/a **CABO BM** FERNANDO DE **CARVALHO** FERREIRA, Matrícula: 521.872.1. Vítima consciente e orientada, com escoriações nos membros inferiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza - SD BM Mat. 523.518-9, (_____) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Diego dos Santos Grassi
2º TEN QOBM
Mat.527.340-4

Chefe da 3ª Seção

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VISTO EM: __/__/__

Comandante do BAPH

TEN CEL 521.260-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 01 de dezembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 479/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 22/11/2017, conforme requerimento nº 444/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 13h55min o/a Sr.(a) **PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA**, CPF: 048.205.284-83, vítima de acidente de transito *(colisão(carro x carro))*, ocorrido na Av 2 de Fevereiro, Rangel – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46 tendo como chefe o/a **CABO BM** FERNANDO DE **CARVALHO** FERREIRA, Matrícula: 521.872.1. Vítima consciente e orientada, com escoriações nos membros inferiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza - SD BM Mat. 523.518-9, (_____) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Diego dos Santos Grassi
2º TEN QOBM
Mat.527.340-4

Chefe da 3ª Seção

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NET
O MUNDO É DOS NETS

AV MARIA ROSA, 000056
MANAIRA
58038-480 JOÃO PESSOA PB

907/013314867
046.502.754-74

25/05/2018

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

Importante:

Mantenha seu e-mail e verifique sobre atualizações, acesse net.com.br, opções Minha NET > Meus Assinaturas.
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, Anatel e pedido de permanência referem-se somente à cobrança de multa contratual.
Lei nº 12007/09: Esta declaração de adimplência, para a comprovação do cumprimento das obrigações de consumidor, é válida por seis meses a partir da data de emissão (em dígitos para vencimento em 2017, referentes às mensalidades dos serviços prestados pela NET, exceto NET FONE VIA EMBRATEL). A declaração referente a este serviço será emitida pela EMBRATEL.

Minha NET:

VIRTUA BOM COM 1 ONE HORÁRIAS
FONE 1 AM LOCAL

Descrição
NET VIRTUA
NET Fone

NET VIRTUA

Mensalidade Promocional VIRTUA	
[illegible]	10,97
Sub-Total Mensalidade Promocional VIRTUA	35,97
Total NET VIRTUA	

NET Fone

	Horários	
[illegible]		[illegible]
[illegible]		18,52
Total NET Fone		

COMPREV PREVIDENCIA
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VOCÊ JÁ UTILIZA A INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL NAS REDES SOCIAIS
TAMBÉM PODE UTILIZÁ-LA PARA ALTERAR O NOME E A SENHA DA SUA REDE WI-FI NA MINHA NET.

Confira como é fácil reconfigurar a sua rede:
No Minha Net, escolha a opção "Wi-Fi Casa", veja todos os dados da sua rede e altere o nome e a senha, sempre que quiser.

SÃO DIVERSOS SERVIÇOS PARA VOCÊ MULTITELAR.

É simples, rápido e seguro:
Baixe o aplicativo ou acesse net.com.br/minhanet

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão

Atenção: existe seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A., BANCO DO ESTADO DO PARÁ, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANESPA, BANRISUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência
ALEXANDRA CESAR DUARTE	NET SERVICOS 9070133148670	Abril/2018

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 0013

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda-via de conta
Recibo para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 008.098.173

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 35 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS RUA DESENB MANOEL TAIGY DE QUEIROZ MELO 80 Q 138 L 42 JOAO PESSOA	5/316492-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2018	18/06/2018	150	16/07/2018	R$ 121,04

Acesse: www.energisa.com.br

DESTAQUE AQUI

energisa

MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS
Roteiro: 09-001-165-0220
83620000001-3 21040149000-3 03164922018-8 06500001019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/07/2018	R$ 121,04	316492-2018-06-5

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS
RUA CLEMENTINA MANOEL TAVOT DE QUEIROZ MELO, 80 / 0 / 139 L 42 - ALTO DO MANGUE
JOAO PESSOA / PB CEP: 58090232 (AG: 1)

energisa

Emissão: 17/11/2017 Referência: Nov / 2017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 9 - 1 - 185 - 220

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.049.489/0001-40 Insc.Est.: 16.001.022

Nº Fiscal: Cliente Energisa Bonus(*)00.066.40
Cód. para Deb. Automático: 03002164928

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	17/11/2017	16/12/2017	64547230463

UC (Unidade Consumidora): 5/316492-8

Canal de contato

PREZADO CLIENTE:
O valor na conta ítem: COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO corresponde a cobrança de diferença de faturamento ao mês de Outubro de 2017, acrescentada pela publicação da Resolução Homologatória nº 2.201, conf. disposto no Art. 1º da Res. Normativa nº 414/2010.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
18/10/17	36114	17/11/17	36260	1	146	30

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade ¶	Tarifa/ Tributo	Valor Total(R$)	Base Calc. ICMS(R$)	Aliq. ICMS	Icms(R$) PisCofins(R$)	Base Calc. Pis(R$)	Pis(R$)	Cofins(R$)
0801	Consumo em kWh	146,000	0,754540	110,18	110,18	27	29,74	110,18	1,46	6,74
0821	Adic. B Vermelha			9,66	9,66	27	2,61	9,66	0,13	0,60
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB.SERV.ILUM.PUBLICA			4,16	0,00	3	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,10	0,00	3	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2017			1,06	0,00	3	0,00	0,00	0,00	0,00
0866	COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFARIO 10/2017			5,33	0,00	3	0,00	0,00	0,00	0,00
CO: Código de Classificação do Item		TOTAL		131,71	119,84		32,35	119,84	1,59	7,35

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
146	16/12/2017	R$ 131,71

Histórico de Consumo (kWh)

186	157	155	186	153	172	139	166	142	147	126	132
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16

RESERVADO AO FISCO
8543.391e.a97b.4b52.5518.af68.6141.ed38

Indicadores de Qualidade 9/2017 - Data Base

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	4,98	0,00		
DIC TRIMESTRAL	9,81		NOMINAL	220
DIC ANUAL	16,62			
FIC MENSAL	3,28	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	5,47		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	12,96		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	2,77	0,00		
DIC RI	1,33			

Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia (R$)	27,31	20,73
Compra de Energia	73,63	55,87
Serviços de Transmissão	4,19	3,18
Encargos Setoriais	7,57	5,75
Perdas Distribuição e Energia	18,11	13,53
Outros Serviços	0,38	0,89
Total	131,71	100,00

Valores BASE (Rev 9/2017 DRE3462)

ATENÇÃO

Faturas em atraso

energisa PARAIBA
Roteiro: 9 - 1 - 185 - 220
Matrícula: 316492-2017-11-7

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
16/12/2017	R$ 131,71

83680000001-7 31710149000-9 03164922017-0 11700001019-1

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NET
O MUNDO É DOS NETS

AV MARIA ROSA, 000056
MANAIRA
58038-480 JOÃO PESSOA PB

907/013314867
046.502.754-74

25/05/2018

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

Importante:

Mantenha seu e-mail e verifique sobre atualizações, acesse net.com.br, opções Minha NET > Meus Assinaturas.
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, Anatel e pedido de permanência referem-se somente à cobrança de multa contratual.
Lei nº 12007/09: Esta declaração de adimplência, para a comprovação do cumprimento das obrigações de consumidor, é válida por seis meses a partir da data de emissão (em dígitos para vencimento em 2017, referentes às mensalidades dos serviços prestados pela NET, exceto NET FONE VIA EMBRATEL). A declaração referente a este serviço será emitida pela EMBRATEL.

Minha NET:

VIRTUA BOM COM 1 ONE HORÁRIAS
FONE 1 AM LOCAL

Descrição
NET VIRTUA
NET Fone

NET VIRTUA

Mensalidade Promocional VIRTUA	
[illegible]	10,97
Sub-Total Mensalidade Promocional VIRTUA	35,97
Total NET VIRTUA	

NET Fone

	Horários	
[illegible]		[illegible]
[illegible]		18,52
Total NET Fone		

COMPREV PREVIDENCIA
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VOCÊ JÁ UTILIZA A INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL NAS REDES SOCIAIS
TAMBÉM PODE UTILIZÁ-LA PARA ALTERAR O NOME E A SENHA DA SUA REDE WI-FI NA MINHA NET.

Confira como é fácil reconfigurar a sua rede:
No Minha Net, escolha a opção "Wi-Fi Casa", veja todos os dados da sua rede e altere o nome e a senha, sempre que quiser.

SÃO DIVERSOS SERVIÇOS PARA VOCÊ MULTITELAR.

É simples, rápido e seguro:
Baixe o aplicativo ou acesse net.com.br/minhanet

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão

Atenção: existe seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A., BANCO DO ESTADO DO PARÁ, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANESPA, BANRISUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência
ALEXANDRA CESAR DUARTE	NET SERVICOS 9070133148670	Abril/2018

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 0013

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Nº 014.070.366

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-020
CNPJ 09.095.183 / 0001-43 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS
RUA DESENB MANDEL TAIGY DE QUEIROZ MELO 80 Q 136 L 42
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/316492-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2018	17/10/2018	138	16/11/2018	R$ 128,88

Acesse: www.energisa.com.br

energisa

MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS
Roteiro: 09-001-165-0220
83640000001-1 28880149000-5 03164922015-8 10700001019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/11/2018	R$ 128,88	316492-2015- 15-7

09 NOV. 2018
PROTOCOLO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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[1] 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[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pamela Priscyla S. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.205.284-83 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Pamela Priscyla S. da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.205.284-83, 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		Número	Complemento
Av. Maria Rosa		58	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Alamaria	João Pessoa	PB	58038-160
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
alexandracesarduarte@hotmail.com	99105-5363	98663-4500	

João Pessoa de Julho de 2018
Local e Data

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

_____
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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[1] 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[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pamela Priscyla S. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.205.284-83 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Pamela Priscyla S. da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.205.284-83, 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		Número	Complemento
Av. Maria Rosa		58	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Alamaria	João Pessoa	PB	58038-160
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
alexandracesarduarte@hotmail.com	99105-5363	98663-4500	

João Pessoa de Julho de 2018
Local e Data

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

_____
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	18/07/92
NOME DA MÃE	MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.043.403
DATA DO ATENDIMENTO	22/11/17
HORA DO ATENDIMENTO	14:57
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NO JOELHO DIREITO
CID 10	S81.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraidos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente e orientada, com escoriações pelo corpo, Refere dores em membro inferior direito. Presença de ferimento em joelho direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho direitro

RX de tornozelo direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Atendimentop inicial.

ALTA HOSPITALAR:	22/11/17
DATA DA EMISSÃO:	19/02/18

COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1043403

Identificação do paciente

ID 1233037	Nome **PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA**			Sexo **Feminino**
Data de nascimento 18/07/1992	Idade **25 anos 4 meses 4 dias**	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS			Pai	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) **YURI DEODATO - OUTRO PARENTE**	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988982923		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência RANGEL			Tipo **BAIRRO**	UF **PB**
Email	Naturalidade **JOAO PESSOA**		CBO/R	

Endereço

CEP 58090232	Município de residência **JOAO PESSOA**	UF **PB**	Logradouro **DESEMBARGADOR MANOEL TAIGY DE QUEIROZ MELLO**
Número 80	Complemento		Bairro **ALTO DO MATEUS**

Admissão

Data e Hora 22/11/2017 14:57:16	Número da pulseira **1000005809164**	Convênio **SUS**
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente **RUA**
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**	Detalhe do acidente **VEICULO X MOTO**

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Meio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA 150 x 88 mmHg | Pulso 104 | Temperatura 37,8° | 96% | 145 - 98

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [✓] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos: Paciente, vítima de colisão moto (muito carro) Ciente, orientada com escoriações pelo corpo. Encaminhada ao CHSCG Cuidados da equipe.

Sebastião Henriques Pereira Jr.
Enfermeiro
COREN-PB 499.958

Diagnóstico | CID

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Tempo
03min 54seg

Imprimir

PROTOCOLO PESSOA
AG. 1º JUL. 2018
COMPARECIMENTO PRELIMINAR VIA

22/11/2017 14:57

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA		BAE 1043403	Data/Hora Entrada 22/11/2017 14:57:16	Data Baixa
Data de nascimento 18/07/1992	Idade 25	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988982923
Mãe MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR MANOEL TAIGY DE QUEIROZ MELLO, 80		Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 22/11/2017 14:57:16			Data/Hora Prescrição 22/11/2017 15:23:43	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PCT COM ACIDENTE DE MOTO COM ESCORIAÇÕES+DORES EM MI DIREITO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0.0 (MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., CONTINUA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
T02.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)

COMPREV PREVIDÊNCIA SJA
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Digitado registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 22/11/2017 15:01:13

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA		BAE 1043403	Data/Hora Entrada 22/11/2017 14:57:16	Data Baixa
Data de nascimento 15/07/1992	Idade 25	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988982923
Mãe MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR MANOEL TAIGY DE QUEIROZ MELLO, 80		Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional FELIPE TAVARES SENA	Nº Cons. Regional 5349/PB
Data/Hora Classificação 22/11/2017 14:57:16			Data/Hora Prescrição 22/11/2017 16:29:38	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PARECER ORTOPEDIA

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO E TRAUMA EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, ONDE NÃO FORAM ENCONTRADAS LESÕES QUE NECESSITEM TRATAMENTO INTRA HOSPITALAR DE URGÊNCIA EM ORTOPEDIA.

RADIOGRAFIAS NORMAIS

CD
ORIENTAÇÕES
ANALGESIA
CURATIVO NAS ESCORIAÇÕES

ALTA HOSPITALAR

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 250ML DE SF A 0,9%)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: EM TODAS AS ESCORIAÇÕES)

ORIENTAÇÃO MEDICA, (OBSERVAÇÕES: ALTA HOSPITALAR)

CID10

Código	Descrição
S80.0	Contusão do joelho
S81.0	Ferimento do joelho

Conduta

Alta médica

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

Felipe Tavares Sena
Ortopedia Pé e Tornozelo
CRM 5349-PB

PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA

FELIPE TAVARES SENA
(: 5349/PB)

Boletim registrado por KELLY DE SOUZA BARBOSA em 22/11/2017 15:01:13

GOVERNO DA PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA		
Data de 18/07/1992	Nº Boletim Emergencia 1043403	Prontuario
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
(DIREITA)

22 11 17
1605

22 de Novembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Força Expedicionária Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ie MELA PRISCILA SANTOS DA SILVA	Data de Nascimento 18/07/1992	Idade 25	Sexo FEMININO
ivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Va 22
venio JS		Matricula	

me do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. I
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação:DILUIR EM 250ML DE SF A 0,9%	E.V.	
CURATIVO	0.0		Observação:EM TODAS AS ESCORIAÇÕES		
ORIENTAÇÃO MEDICA	0.0		Observação:ALTA HOSPITALAR		

FELIPE TAVARES
CRM: 5349

Felipe Tavares Sena
Ortopedia Pé e Tornozelo
CRM 5349 PR

COMPREV PREVIDENCIA S/A
17 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Receituário

Paciente:PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA Idade 26

Data:03/08/2018 08:39:42 Sexo Feminino CPF: Não Informado BAE: 1098864

LAUDO MÉDICO

PACIENTE DO SEXO FEMININO, 26 ANOS, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO EM NOVEMBRO DE 2017, TRAUMATIZANDO JOELHO, TORNOZELO E COLUNA VERTEBRAL DO LADO DIREITO.

INFORMA QUE DESDE ENTÃO TEM APRESENTADO DORES NOS LOCAIS TRAUMATIZADOS DE DIFÍCIL TRATAMENTO E QUE LHE IMPEDEM DE EXECUTAR TAREFAS QUE ANTES FAZIA COM FACILIDADE.

AO EXAME FÍSICO:
DOR COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO
DOR LOMBAR BAIXA PARAVERTEBRAL DIREITA

NAS RADIOGRAFIAS, NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE FRATURAS.

CID 10:
M94.2
S80.0
S90.3
M54.5

CONDUTA:
SOLICITO PERÍCIA MÉDICA DO DPVAT

Felipe Tavares Sena
Ortopedia Pé e Tornozelo
CRM 5349 PB

Dr. FELIPE TAVARES SENA
5349/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

SUPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 OUT. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	18/07/92
NOME DA MÃE	MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.043.403
DATA DO ATENDIMENTO	22/11/17
HORA DO ATENDIMENTO	14:57
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NO JOELHO DIREITO
CID 10	S81.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraidos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vitima de acidente de motocicleta, consciente e orientada, com escoriações pelo corpo, Refere dores em membro inferior direito. Presença de ferimento em joelho direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho direitro

RX de tornozelo direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Atendimentop inicial.

ALTA HOSPITALAR:	22/11/17
DATA DA EMISSÃO:	19/02/18

COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1043403

Identificação do paciente

ID 1233037	Nome PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 18/07/1992	Idade 25 anos 4 meses 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS			Pai	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) YURI DEODATO - OUTRO PARENTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988982923		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência RANGEL			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58090232	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR MANOEL TAIGY DE QUEIROZ MELLO
Número 80	Complemento		Bairro ALTO DO MATEUS

Admissão

Data e Hora 22/11/2017 14:57:16	Número da pulseira 1000005809164	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Meio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA 150 x 88 mmHg	Pulso 104	Temperatura 37,8°	96% 145 - 98

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos:
Paciente, vítima de colisão moto (moto caiu). Ciente, orientada, com escoriações pelo corpo. Encaminhada ao CHPP. Cuidados da equipe.

Sebastião Henriques Pereira Jr.
Enfermeiro
COREN-PB 490.958

Diagnóstico

CID

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

Tempo
03min 54seg

Imprimir

PROTOCOLO PESSOA
JUL. 2018
COMPARECIMENTO
PREVIDÊNCIA S/A

22/11/2017 14:57

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA		BAE 1043403	Data/Hora Entrada 22/11/2017 14:57:16	Data Baixa
Data de nascimento 18/07/1992	Idade 25	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988982923
Mãe MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR MANOEL TAIGY DE QUEIROZ MELLO, 80		Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 22/11/2017 14:57:16			Data/Hora Prescrição 22/11/2017 15:23:43	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PCT COM ACIDENTE DE MOTO COM ESCORIAÇÕES+DORES EM MI DIREITO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0.0 (MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., CONTINUA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
T02.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dados registrados por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 22/11/2017 15:01:13

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA		BAE 1043403	Data/Hora Entrada 22/11/2017 14:57:16	Data Baixa
Data de nascimento 15/07/1992	Idade 25	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988982923
Mãe MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR MANOEL TAIGY DE QUEIROZ MELLO, 80		Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional FELIPE TAVARES SENA	Nº Cons. Regional 5349/PB
Data/Hora Classificação 22/11/2017 14:57:16			Data/Hora Prescrição 22/11/2017 16:29:38	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PARECER ORTOPEDIA

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO E TRAUMA EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, ONDE NÃO FORAM ENCONTRADAS LESÕES QUE NECESSITEM TRATAMENTO INTRA HOSPITALAR DE URGÊNCIA EM ORTOPEDIA.

RADIOGRAFIAS NORMAIS

CD
ORIENTAÇÕES
ANALGESIA
CURATIVO NAS ESCORIAÇÕES

ALTA HOSPITALAR

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 250ML DE SF A 0,9%)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: EM TODAS AS ESCORIAÇÕES)

ORIENTAÇÃO MEDICA, (OBSERVAÇÕES: ALTA HOSPITALAR)

CID10

Código	Descrição
S80.0	Contusão do joelho
S81.0	Ferimento do joelho

Conduta

Alta médica

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

Felipe Tavares Sena
Ortopedia Pé e Tornozelo
CRM 5349-PB

PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA

FELIPE TAVARES SENA
(: 5349/PB)

Boletim registrado por KELLY DE SOUZA BARBOSA em 22/11/2017 15:01:13

GOVERNO DA PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA		
Data de 18/07/1992	Nº Boletim Emergencia 1043403	Prontuario
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
(DIREITA)

22 11 17
16:05

22 de Novembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ie	Data de Nascimento	Idade	Sexo
MELA PRISCILA SANTOS DA SILVA	18/07/1992	25	FEMININO

ivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Va
		22

venio	Matricula
JS	

me do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. I
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação:DILUIR EM 250ML DE SF A 0,9%	E.V.	
CURATIVO	0.0		Observação:EM TODAS AS ESCORIAÇÕES		
ORIENTAÇÃO MEDICA	0.0		Observação:ALTA HOSPITALAR		

FELIPE TAVARES
CRM: 5349

Felipe Tavares Sena
Ortopedia Pé e Tornozelo
CRM 5349 PB

COMPREV PREVIDENCIA S/A
COMPREV
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3405261 SSP PB

CPF
049.205.284-83

DATA NASCIMENTO
18/07/1992

FILIAÇÃO
PEDRO CLAUDINO DA SILVA
MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
05199850729

VALIDADE
30/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
09/05/2011

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1152649383

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
31/07/2015

Anselmo Chaves Bezerra
ASSINATURA DO PERITO

90866530288
PB031091431

DETRAN-PB (PARAÍBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1152649383

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF
2637718 SSP PB

CPF
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

FILIAÇÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
B

Nº REGISTRO
01861269666

VALIDADE
16/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
29/06/2001

OBSERVAÇÕES

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

66588356744
28027919595

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

PERMITIDO PLASTIFICAR
894056231

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
PAMELA PRISCILA SANTOS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3405261 SSP PB

CPF
049.205.284-83

DATA NASCIMENTO
18/07/1992

FILIAÇÃO
PEDRO CLAUDINO DA SILVA
MARIA JOSE BATISTA DOS SANTOS

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
05199850729

VALIDADE
30/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
09/05/2011

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1152649383

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
31/07/2015

Anselmo Chaves Bezerra
ASSINATURA DO PERITO

90866530288
PB031091431

DETRAN-PB (PARAÍBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1152649383

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359142/18

Vítima: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA

Data do acidente: 22/11/2017

CPF: 048.205.284-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Recadastro
3180456907

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA : 048.205.284-83

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: 01/10/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180456807
Cidade: João Pessoa
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA
Data do acidente: 22/11/2017
Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA COLUNA LOMBAR À DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES. QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180456807
Cidade: João Pessoa
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA
Data do acidente: 22/11/2017
Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA COLUNA LOMBAR À DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES. QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180456807
Cidade: João Pessoa
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA
Data do acidente: 22/11/2017
Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA COLUNA LOMBAR À DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DOR.

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DATADO DE 03/08/2018, PELO MÉDICO DR. FELIPE TAVARES CRM: 5349.

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**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Pamela Priscyla Santos da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Vendedora, CI RG nº 3405261, CPF/MF nº 048.205.284-83, residente e domiciliado(a) à Rua Desembr. Manoel Taigy de Queiroz Lote 80, Altos do Mateus Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58090232, telefone (83)99105.5363, (83)8663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João pessoa, 19 de Junho de 2018

Pâmela Priscyla Santos da Silva

OUTORGANTE

MONTEIRO DA FRANÇA SERVIÇOS NOTARIAL
Cartório do 5º Ofício de Notas Tel.: 32 44-8000 João Pessoa Paraíba
Reconheco, como autentica a verdadeira, a(s) Firma(s) de: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA
Em test.da verdade. João Pessoa-PB 19/06/2018 Selo: 0,47
Vilma Maria da Silva - Escrevente
CP018-029268 PEDIDO: PO-001 FIRMAS 0,28
SELO DIGITAL: AGX76130-EZZ
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
CARTORIO DA FRANÇA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Pamela Priscyla Santos da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Vendedora, CI RG nº 3405261, CPF/MF nº 048.205.284-83, residente e domiciliado(a) à Rua Desembr. Manoel Taigy de Queiroz Lote 80, Altos do Mateus Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58090232, telefone (83)99105.5363, (83)8663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João pessoa, 19 de Junho de 2018

Pâmela Priscyla Santos da Silva

OUTORGANTE

MONTEIRO DA FRANÇA SERVIÇOS NOTARIAL
Cartório do 5º Ofício de Notas Tel.: 32 44-8000 João Pessoa Paraíba
Reconheco, como autentica a verdadeira, a(s) Firma(s) de: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA
Em test.da verdade. João Pessoa-PB 19/06/2018 Selo: 0,47
Vilma Maria da Silva - Escrevente
CP018-029268 PEDIDO: PO-001 FIRMAS 0,28
SELO DIGITAL: AGX76130-EZZ
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
CARTORIO DA FRANÇA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359142/18

Vítima: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA

Data do acidente: 22/11/2017

CPF: 048.205.284-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA : 048.205.284-83

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 01/10/2018	Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE	Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 046.502.754-74	CPF: 104.643.734-84
ALEXANDRA CESAR DUARTE	MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359142/18

Número do Sinistro: 3180456807

Vítima: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA

Data do acidente: 22/11/2017

CPF: 048.205.284-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

PAMELA PRISCYLA SANTOS DA SILVA : 048.205.284-83

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 09/11/2018	Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE	Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 046.502.754-74	CPF: 105.999.304-03
ALEXANDRA CESAR DUARTE	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA