

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO COSMO**

Nº Sinistro: **3180320329**

Vitima: **MARCOS ANTONIO COSMO**

Data do Acidente: **25/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180320329**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13106743



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO COSMO**
Nº Sinistro: **3180320329**
Vitima: **MARCOS ANTONIO COSMO**
Data do Acidente: **25/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180320329**, 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



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO COSMO**

Sinistro: **3180320329**
Vítima: **MARCOS ANTONIO COSMO**
Data do Acidente: **25/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180320329** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

885 303.374-68

Nome completo da vítima

Alvaros Antonio Cosmo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alvaros Antonio Cosmo		CPF titular da conta 885 303.374-68	Profissão aquecimento
Endereço Rivaleto virginio cabral		Número 23	Complemento
Bairro Centro	Cidade Cruz do Espírito Santo	Estado PB	CEP 58337 000
Email zeduardosilva@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 99342.1170	

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

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 2.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRABESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0037

CIV

CONTA

118453

CIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº



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.

Santa Rita, 10 de outubro de 2017

Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01108.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01108.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:55 horas do dia 11 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marcos Antonio Cosmo**, CPF nº 885.303.374-68, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria do Socorro Cosmo e Antonio Segundo Cosmo, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 01/01/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rivaldo Virginio Cabral, bairro Centro, tendo como ponto de referência Borracharia do Manoel, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 99641-8088.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Saída de Pilar Br 230, Pilar/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 25/08/17 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 25/08/2017, por volta das 16:30 horas, quando saía da Cidade de Pilar/PB, precisamente na BR 230, quando conduzia o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/150, FAN ESDI, de cor vermelha, placa: PDZ 8144/PB, ano e modelo: 2015, chassi nº 9C2KC1680FR209327, registrado em nome de: Francisco Antonio Cosmo, CPF nº 980.986.404-34; QUE segundo o notificante conduzia normalmente pela BR acima citado, quando a mesma colidiu com uma pedra de paralelepípedo e o mesmo veio a cair; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0033/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 09/01/2018, de o Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo por terceiro Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MARCOS ANTONIO COSMO
Noticiante



Procedimento Policial: 01108.01.2018.1.00.420

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: MAVEAS ANTONIO COSMO CPF da Vítima: 885.303.374-68 Data do Acidente: 25/08/17

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.

Santa Rita 10 de outubro de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO COSMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000118453-2

Nr. da Autenticação 89E93616E04D3C81

marcus

MARCOS ANTONIO COSMO
RUA RYALDO VARGAS, 103 - JARDIM
CRUZ DAS ESPERANÇAS - PE CEP: 55170-000

Emissão: 07/06/2018 - Referência: 07/2018
Classe/Serviço: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL MONOFASICA 220V
Número: 2-55-213-7100



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE
ENERGIA ELÉTRICA S.A. - CNPJ: 08.907.888/0001-00
FONE: (41) 3333-1000

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

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPS/CHP
Jun / 2018	07/06/2018	09/07/2018	86530337

UC (Unidade Consumidora): 5/880927

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2018
Procure a Prefeitura de sua cidade até 14/12/2018 para atualizar
seus dados no Cadastro Único e evitar a perda de Tarifas Sociais de
Energia. Para mais informações ligue para o 0800-0800-1000.

Anterior		Atual		Constante	Consumo
Data	Leitura	Data	Leitura		
06/05/18	14512	07/06/18	14520		
Demonstrativo					
Quantidade Tarifada - Valor Base Tarif. - Valor Tarif. - Valor Tarif. - Valor Tarif. - Valor Tarif.					
Tarifada (kWh) - Valor Base Tarif. - Valor Tarif. - Valor Tarif. - Valor Tarif. - Valor Tarif.					
167.000 - 0.727.000 - 1.000 - 1.000 - 1.000 - 1.000					
0.001 - Consumo em kWh					
0.001 - Alc. B. Amarela					
0.001 - Alc. B. Verde					
0.001 - CONTRIBUIÇÃO LUXO PÚBLICA					
0.001 - JUROS DE MORA (JCM)					
0.001 - MULTA (M)					
0.001 - PARCELAMENTO DE DEBITOS					
0.001 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (AM)					

COMPREV
12 JUL. 2018
AG. JOÃO PEDRO
PROTOCOLO
R\$ 10,00
COMPREV PREVIDENCIA S/A

VENCIMENTO
14/06/2018
Histórico de Consumo (kWh)

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.924-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcos Antonio Cosmo inscrito (a) no CPF sob o Nº 885.303.374-68 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Marcos Antonio Cosmo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 885.303.374-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

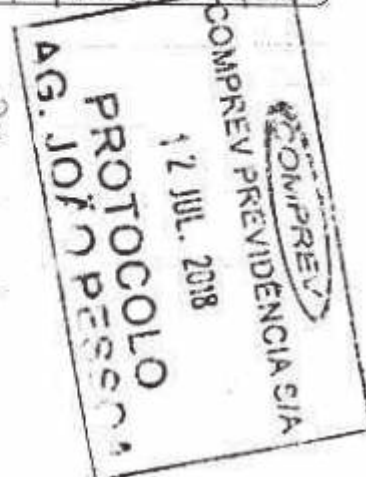
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Ave. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Marina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-400</u>
Email <u>zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>99340-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa de Julho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Antonio Cosmo,

RG nº 1714978, data de expedição 23/07/1992

Órgão SSP, portador do CPF nº 98098640434, com

domicílio na cidade de Cruz do Espírito Santo no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Josefa Carmineo da Cunha, nº 514,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Marcos Antonio Cosmo cujo o condutor era

Marcos Antonio Cosmo.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG-150, Fan 501

Ano: 2015

Placa: PDZ 83441PB

Chassi: 9E2KE1680FR209327

Data do Acidente: 25/08/17

Local e Data: Santa Rita 10/10/2017

Assinatura do Declarante

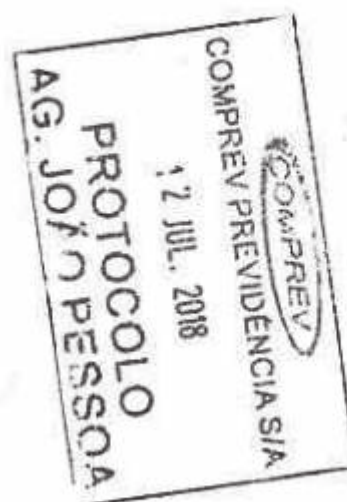
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Escritório Notarial de Registro
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 56200-150
Fone/Fax: (83) 3229-2292
Santa Rita - Paraíba
CNPJ: 09.305.628/0001

FRANCISCO ANTONIO COSMO
En test.de verdade. Santa Rita-PB 10/10/2017
Cintia Santos Coutinho - Substituta
(2017-008330)PROL:R 19.23 FREN:R 0.27 FREN:R 1.3
SELO DIGITAL: 40X85305-3FFA
Confira a autenticidade em

Cintia Santos Coutinho
Substituto



CERTIDÃO

Nº. 0033/2018

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº55919 e Prontuário Nº 2017.08.003863 pertencentes a **MARCOS ANTONIO COSMO** que foi atendido dia 25/08/2017 às 19h55min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de punho direito. Retornou dia 25/09/2017 às 10h48min com ficha nº 63732, apresentando fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/9/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018


Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3883



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 25/08/2017

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 19:55:27

18046-284 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Recepcionista: MILENE SILVA DE FREITAS

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARCOS ANTONIO COSMO

Num. Frontuario: 2017.08.003863

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1628362 Fone: 983136935

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1973 Id: 44 ano(s)

End.: R- RIVALDO VIRGINIO CABRAL, 27

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB

Mae: MARIA DO SOCORRO COSMO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MARCOS ANTONIO COSMO

Tel/Doc. Responsavel: 983136935 / IDENTIDADE: 1628362

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: QUEDE DE MOTO

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

PC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia: IMC:

☒ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd: O2%:

☐ Regular ☐ Chocado

Queixa Principal

trauma no punho (D)

☐ Vômito

☐ Observação

12 JUL. 2018

PROTÓCOLO

JOAO PESSOA

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

COMPREV

Telefone Confeccionador
Tel. de Atendimento
0800-PA 771.333

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queixa no punho trauma (D)

Diagnostico

Conduta

Reducao e imobilizacao
ITO Conservadora

Prescrição

Horario da medicacao

Daniel Braga Cavalcanti
MÉDICO
CRM 9248 PB

Dr. J. L. L.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamento	Dose	Horario	Evolucao
	COMPREV COMPREV PREVIDENCIA S/A 12 JUL. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030404002-2
030404004-3
030309002-1

DESTINO DO PACIENTE

040504004-5 (SOL)

☐ Residência

☐ Transferido

☐ Desistencia

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Marcelo Antonio Lima

Agente Fiscal JOSE COSTA DUARTE S/N
98356-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Hora: 10:48:00

Recepcionista: JUSSARA MANUELA BEI

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARCOS ANTONIO COSMO

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.09.003863

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1628362 Fone: 983136935

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1973 Id: 44 ano(s)

End.: R- RIVALDO VIRGINIO CABRAL, 27*NAO POSSUI CNS, ORIENTADO

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB

Mae: MARIA DO SOCORRO COSMO

Pai: ANTONIO SEGUNDO COSMO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

Informações de Entrada:

Escolaridade: NAO INFORMADO

Ass.: O MESMO

Responsável: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: RETORNO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

tipo de Classificação de Risco: AZUL

EA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Altura: IMC:

Idade: Q23:

Queixa Principal

TORÇO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Per [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente veio ao serviço por sensação de torção do fêmur do membro direito. paciente indica que começou a sentir dor no momento da queda.

Diagnóstico: Torção do fêmur direito

Conduta - Intermitente
- Analgésicos

Prescrições

Horário da medicação 11h30

epu...
Qu...
Qu...

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução



Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IMI

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

de 12.000

Incisão:

de 12.000

Achados:

de 12.000

Conduta:

de 12.000

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

de 12.000

de 12.000

Fechamento:

OBS:

Data:

12/07/18

Dr. FIDIAS G. L. DOBROREMI
TEOF-9876
CRM: PB 5395
CRM: PE 14654

MEDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de exames complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Doença do Saco do Ombro Direito*

Conduta: *- Infecção Aguda*

- Antibiótico

Leonardo Miranda
MÉDICO
CRM-PB 5117

Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: MARCOS ANTONIO COSMO.

LAUDO MÉDICO.

O paciente MARCOS ANTONIO COSMO, foi vítima de acidente de trânsito em 25/08/2017, em decorrência do qual sofreu trauma em membro superior direito, fratura de punho direito e fratura de rádio distal direito, como foi constatado pelo exame de imagem.

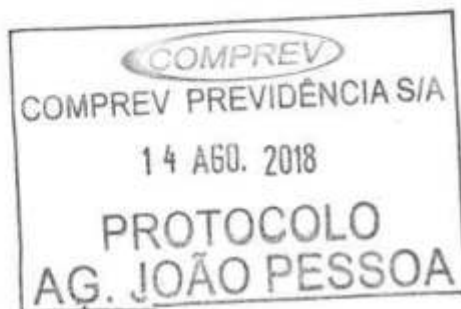
Foi submetido a procedimento cirúrgico em 30/09/2017 para tratamento das fraturas, onde foi aposta placa metálica em T e parafusos como evidencia relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se limitação nos movimentos face da extensão das lesões diagnosticadas, revelando sequelas no membro superior direito insuscetíveis de amenização por medidas terapêuticas ordinárias, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais.

CID: S52.5, S62, T92.2, T92.0

João Pessoa, 13 de agosto de 2018.


Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
MARCOS ANTONIO COSMO

DOC IDENTIFIC / OUTRO NOME DO
1628962 SSP PB

CPF
885.303.374-68

DATA NASCIMENTO
01/01/1973

FUNÇÃO
ANTONIO SECUNDO COSMO
MARIA DO SOCORRO COSMO

PERMISSÃO
ACD CENHA
AB

Nº IDENTIFIC
04061300080

VALIDADE
17/07/2019

1ª EMISSÃO
22/03/2007

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
904414812

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
18/07/2014

ASSINATURA DO EMISOR
21101006250
PB028931637

DETRAN - PB (PARANÁ)

PARTEIRO PLASTIFICAR
904414812

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

TERMINAL EM FURTO/TERMINAL INCLINADO 05701485



CAB

12378

12378

ORDEN DOS ADVOGADOS DO TRAJA

CONSELHO GERAL DA OAB RJ
IDENTIFICADORA DE ASSOCIADOS

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA DERMASIO DA SILVA

JOAO PEREIRA

1. CDA 362 - 58719

NÃO

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL 2018

PROTOCOLO

AG. JOF. P. 00000

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180320329**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO COSMO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RIVALDO VIRGINIO CABRAL, 21 - CENTRO - Cruz do Espírito Santo - PB - CEP 58337-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1628362**

Data e local do acidente: [**25/08/2017**] **BR 230 PB**

Data e local do exame: [**20/08/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 25-08-2017 AO EXAME: CICATRIZ NA FACE VOLAR DE PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 50% DE FLEXÃO DORSAL E VOLAR DO PUNHO

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

CIRURGIA EM 30-08-2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: CICATRIZ NA FACE VOLAR DE PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DORSAL E VOLAR DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 25-08-2017.
CIRURGIA EM 30-08-2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/08/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.
REDUÇÃO DA CAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO NORMAL DAS ATIVIDADES HABITUAIS (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.
REDUÇÃO DA CAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO NORMAL DAS ATIVIDADES HABITUAIS (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

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 PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: CICATRIZ NA FACE VOLAR DE PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DORSAL E VOLAR DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 25-08-2017.
CIRURGIA EM 30-08-2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/08/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320329 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO COSMO **Data do acidente:** 25/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: CICATRIZ NA FACE VOLAR DE PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXÃO DORSAL E VOLAR DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 25-08-2017.
CIRURGIA EM 30-08-2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/08/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

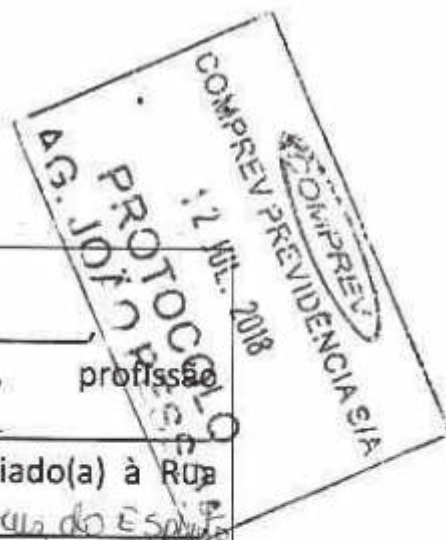
Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:
Alfonso Antonio Cosmo.
 brasileiro(a), estado civil casado profissão agricultor
 CI RG nº 1628362
 CPF/MF nº 885.303.374-68, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Rivaldo Virgínio Cabral, 21 Centro Cruz do Espírito
 Cidade de Cruz do Espírito Santo Estado Paraíba
 CEP: 58337-000, telefone (83) 99342 1170, (83) 98663 4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, 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 perícias 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.

DOURADO DE AZEVEDO

Santa Rita, 10 de outubro de 2017.

[Signature]
 OUTORGANTE

