

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180594824**

**Vítima: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 13/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE DE ASSIS DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	08735853484	José do Rosário dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: José do Rosário dos Santos			
Profissão: Agente de Transporte	Endereço: Rua São Luís	CPF: 08735853484	Número: 178 Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Lopionpolis	Estado: PR	CEP: 58135000
E-mail: bruno.joselopes@ogmail.com	Tel.(DDD): 8333341289		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## RENDIMENTO MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1668  CONTA: 56298  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_  CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

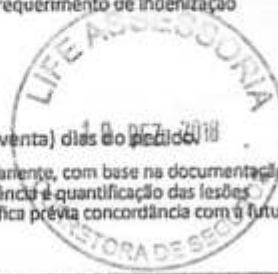
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data, Contabilidade - PR, 18/12/2018

Nome: José Geraldo dos Nogueiras Neto

CPF: 090 669 764 62

José Geraldo dos Nogueiras Neto

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Geraldo dos Nogueiras Neto

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: Gerson Lúcio dos Santos Neto  
 CPF: 091 192 734 93

Gerson Lúcio dos Santos Neto  
 Assinatura

2º | Nome: Sônia Edilene dos Santos Neto  
 CPF: 051 216 814 83

Sônia Edilene dos Santos Neto  
 Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/ - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA N° 000475/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000475/18 registrada em 08/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 17:01 horas, compareceu o Sr. JOSÉ DE ASSIS DOS SANTOS, com 48 anos de idade, filho de FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS e RITA MARIA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de REMÍGIO - PB, Casado, escolaridade Não Alfabetizado, profissão AUXILIAR DE SERVIÇOS, portador da Cédula de Identidade N° 2.550.074, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 08735853484, residindo à rua SÃO LUIS, 176, bairro CENTRO, na cidade de ESPERANÇA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 16h00min dia 13.05.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal que dá acesso a Rodovia BR 101, localizada no Sítio Jacaré, área rural de Remígio/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, ano/modelo 2010/2010, cor vermelha, chassi n° 9C2KC1610AR070049, de placa NQI-6697/PB, licenciado em nome de Fabiana Celestino Diniz Santos, quando ao acessar a referida rodovia perdeu o controle de direção e caiu ao solo, sofrendo escoriações diversas pelo corpo e fratura no seu membro inferior direito, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais da PRF, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.



Campina Grande, Quarta-feira, 8 de Agosto de 2018

JOSÉ DE ASSIS DOS SANTOS

Declarante

*José Alberto do Nascimento*  
Escrivão da Delegacia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	08735853484	José do Rosário dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: José do Rosário dos Santos			
Profissão: Agente de Segurança	Endereço: Rua São Luís	CPF: 08735853484	Número: 178 Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Lopionpolis	Estado: PR	CEP: 58135000
E-mail: bruno.joselopes.01@gmail.com	Tel.(DDD): 8333341289		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

#### RENDIMENTO MENSAL:

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

#### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1668  CONTA: 56298  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_  CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

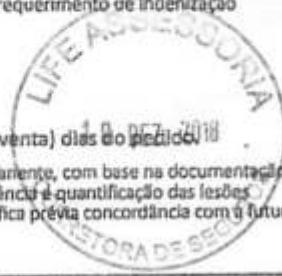
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

#### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data, Contabilidade - PR, 18/12/2018

Nome: José Geraldo dos Nogueiras Neto

CPF: 090 669 764 62

José Geraldo dos Nogueiras Neto

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Geraldo dos Nogueiras Neto

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: Gerson Lúcio dos Santos Neto  
 CPF: 091 192 734 93

Gerson Lúcio dos Santos Neto  
 Assinatura

2º | Nome: Sônia Edilene dos Santos Neto  
 CPF: 051 216 814 83

Sônia Edilene dos Santos Neto  
 Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO  
Secretaria Municipal de Saúde

SAMU

R: Dr. Luiz Bronzeado, S/N- Centro - Remígio-PB

Remígio, 01/06/2018

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, o **SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA- SAMU192**: Remígio-Pb prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente José de Assis dos Santos, vítima de acidente de trânsito, no dia 13 de maio de 2018. A mesma foi encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB.

  
Erika F. Souza Silva  
COREN-PB 222.559 - ENF

ERIKA FERNANDA DE SOUZA SILVA

Coordenadora do SAMU- REMÍGIO-PB

CPF: 033.600.94-21

COREN- PB 222.559 - ENF



# 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: 26/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

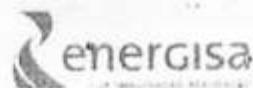
CONTA: 00000056298-7

---

Nr. da Autenticação E48B55626B49A77F

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.  
Documento não é segundada via de carta.  
Para outras informações entre em contato com a Energisa - PB  
Nº 016.109.009



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 150, Km 25 - Crato Redemix - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 29.095.183/0001-40 - Insc Est. 16.015.823-6

## DADOS DO CLIENTE

FABIANA CELESTINO DINIZ DOS SANTOS  
RUA SÃO LUIS 176  
ESPERANÇA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/817850-1

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

NOV/2018

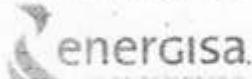
26/11/2018

75

03/12/2018

R\$ 49,86

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



FABIANA CELESTINO DINIZ DOS SANTOS

Roteiro: 15-071-079-3010

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/11/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
03/12/2018	R\$ 49,86	017850-2018-11-6





TELENAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.064.787-5  
AV PRES EPITACIO PESSOA,650 - JOAO PESSOA - PB CEP: 58040-000  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-78

.....

INACIO BRUNO SARMENTO  
TV DINAMERICA ALVES CORREIA, 1020 LJ 2  
SANTA ROSA  
58416-682 CAMPINA GRANDE-PB

## Referências

NOVEMBRO /2018

## Telefone

( 83) 3334-1289

### Vencimento

02/12/2018

Total a pagar

R\$ 13,76

## Resumo da sua fatura

R\$ 30,75



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

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

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

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

Pelo exposto, eu José de Souza Soares inscrito (a) no CPF 036.781.814-06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José de Souza Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.358.534-84 de sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José de Souza Soares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.358.534-84, 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 Lider-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	Tij. Diamantina Alves Corrêa	Número	1020
Bairro	Diamantina	Cidade	Companhia Grande
Email	marcio.bonino.adv@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	83 33341289
		Estado	PE
		CEP	58400-000
		Telefone celular (DDD)	83 444885048

(José de Souza Soares) de 10/12/2018 de 2018  
Local e Data



Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

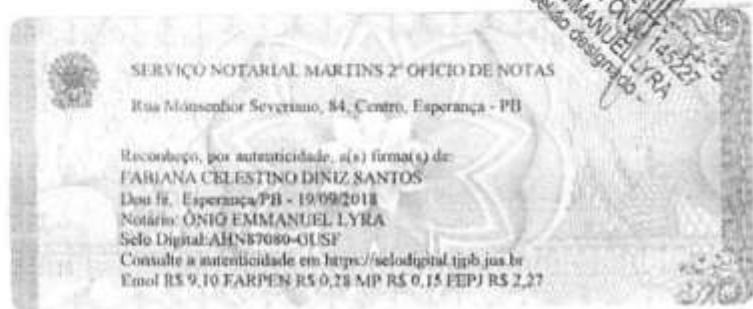
Eu, Fábio Alcino Diniz Santos,  
RG nº 2.379.158, data de expedição 30/12/2013  
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 042.710.064-08 com  
domicílio na cidade de Esperança, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua São Luís, nº \_\_\_\_\_,  
complemento São Miguel, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Alcino Santos, cujo o condutor era  
José Alcino Santos.

Veículo: Motocicleta Honda  
Modelo: Motocicleta Honda CG150 2012  
Ano: 2010  
Placa: NUF 6697 / PB  
Chassi: 9C2K C1610 P2070049  
Data do Acidente: 31/05/2018  
Local e Data: Esperança - PB, 19/09/2018



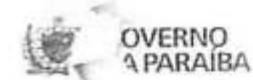
- X Fábio Alcino Diniz Santos  
Assinatura do Declarante

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



CONTINU

DENTRUM



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1653705

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mâlvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/05/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araujo Junior

PACIENTE: JOSE DE ASSIS DOS

CEP: 58135000 Nascimento: 23/04/1970

SANTOS

Endereço: SAO LUIZ

Sexo: M Telefone: 998235872

Cidade: Esperança

Idade: 048 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: RITA MARIA DA CONCEICAO

RG: N°: 176

Responsável: FABIANA SANTOS

CPF: 08735852484 Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 13/05/2018 CNS: 9645969698489

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Horário: 17:43:34 Especialidade:

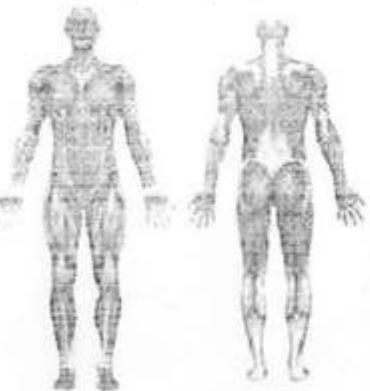
Médico:

CRM:

#### OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Coríntio
- 15.F. Cortante
- 16.F. Corte-contuso
- 17.F. Perfuro-contuso
- 18.F. Perfuro-contante
19. Fratura avascularizada
20. Fratura aberta
21. Hematoma
22. Inurgitamento ósseo
23. Interrupção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Entravado
29. Otorreia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rincorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

*Politrauma*

#### EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU, com sistema de quebra de medula cicatrizada, alicatizado. Refere perda de consciência. Negativo venoso. Negativo abdominal. Alívio de dor em tornozelo direito. Negativo dor abdominal.

**REALIZADO X**  
13/05/18

#### ALERGIA:

#### MEDICAMENTOS:

#### PATOLOGIAS:

#### EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotoreageentes ( ) Isocôricas ( ) Anisocôricas ( )

Glasgow PA HGT: Sa102

- A - Vias aéreas patentes, cervical livre
- B - Respirando com os ambientes
- C - Sangue arterial hemodinamicamente
- D - Peculiaridades Glasgow prejudicado
- E - Pressão arterial normal pelo direito

#### EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:
- ( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:
- ( ) Tomografia Computadorizada ( )

**TOMOGRAFIA**  
REALIZADA: 13/05/18

#### SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR ORTOPEDIA às 17:53 Dia 13/05/18

Especialista: / / : Dia / /

#### MÉDICO SOLICITANTE

#### PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		18:
3		
4		13/05/18
5		
6		

#### ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Rogério Perônico  
MÉDICO RESIDENTE  
CIRURGIA GERAL  
CRM-PB 9500

<p style="text-align: center;"><b>DR. JOSE LOPES</b>  <b>ENFERMEIRO CLINICO MUNICIPAL</b>  <b>Exercendo de Côntrato - CRM/RJ 16578</b></p> <p style="text-align: center;">LIMA DUARTE</p> <p style="text-align: center;">10 DEZ 2011</p> 		<p style="text-align: right;">1305100 # 100 # 204</p> <p style="text-align: right;"># PARECER GERAL</p> <p style="text-align: right;">Paciente com sintomas classificados como:</p> <p style="text-align: right;">Fist Negativo. Rx sem suscitos</p> <p style="text-align: right;">Alta da Quarta-feira</p> <p style="text-align: right;">Dr. André Lima Duarante RESIDENTE CLINICO CRM/RJ 16578</p>	
<p style="text-align: center;">CD: Sintomatologia</p> <p style="text-align: center;">Arter - cunha gengiva</p> <p style="text-align: center;">OBS: regra - hérte</p> <p style="text-align: center;">regras</p>		<p style="text-align: center;">SERVIÇOS REALIZADOS:</p> <p style="text-align: center;">CIDIGO/PROCEDIMENTO</p> <p style="text-align: center;">IDADE:</p> <p style="text-align: center;">OBG</p>	
<p style="text-align: center;">DESTINO DO PACIENTE:</p> <p style="text-align: center;">hs.</p> <p style="text-align: center;">Centro cirúrgico</p> <p style="text-align: center;">Internação (separado)</p> <p style="text-align: center;">Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL</p>		<p style="text-align: center;">Assunto paciente é o paciente ou respondevel quando necessário</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Trabalho</p>	



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SA MU

## Ficha de Acolhimento

Nome:	José de Assis dos Santos		Bairro:	Espraios
End:	São Luiz	136	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	23.04.1970	Documentos:		
Queixa:	AC. de	Data do Atend.: 13.05.18	Hora: 17:40	Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

Moto

## Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Pálida		
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca		

MOD. 110

## Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas



- Amarelo - atendimento até 1 hora  
Bruna Moura  
ENFERMEIRA  
COREN-PB 123.352

Assinatura e carimbo do profissional

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente José de Azevedo Santos Alojamento 9 Leito 1 Convênio

1653763

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/05/18	① Metformina Oral livre	18h	Paciente vítima de queda de moto com trauma no tornozelo direito com dor e edema.
	② Cetorizina 100mg EV 24hs	06	
	③ Diclofene 50mg EV 6/6hs	06	
	④ Tlazitri 40mg Osta + AN EV 12/12hs	06	
	⑤ Diazepamol 10mg Oral EV 1x/dia	06	
	SSV + CC666		

an - colarito pre-op.  
Fale Bem

⑧ Recuperação da NCR às 08:00hs (14/05/18)

1 DIETA livre

5 Dipirona Jap 1000mg

Csgg, PmW

Utilizar Sistemas de Arquivo  
ORTUS - B620 TEJUT - LEED



1. DI

Ag. Poreen da NCR

Reposo, no leito;  
Dor, forma mit;  
Ag. Pre-op.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

fx + ny (D)

Paciente	José de Anís Santos	Alojamento	9	Leito	1	Convênio	
----------	---------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/05	1 - Dieta livre		2º DIA
	2 - SBL 500 ml I.V. 12 / 12 h. Jelco		Reto estenof clínico ba afetivo
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	(14) 6:30	Edema 2/4 + Dor 2/4 (+)
	4 - Tilatil 20 mg I. V. 12/12 h. — Jelco 12/12h	18	
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	(14)	Ct: VPM
	6 - C.C.G.		Hernia ferece de NCR.
	Hallisson Barros de Almeida UNIVERSIDADE TRAJANO DE CARVALHO		Aumento Evans pré op.
	Transt 100g + 100g s/ev 8/8h 1/12h		Hallisson Barros de Almeida UNIVERSIDADE TRAJANO DE CARVALHO
	18 DEZ. 2018		
16/05	Dieta livre Jelco Dipirona 500 mg ER 6/6h 400 Voltaren 75 mg (IM) 12/12h SSW + CCG6	CT CT 12 1800 00 12 1800 00 25	Res int. P. abd Ccr VPM
	Hallisson BARROS de Almeida UNIVERSIDADE TRAJANO DE CARVALHO		Hallisson BARROS de Almeida UNIVERSIDADE TRAJANO DE CARVALHO
	: Prever NCR		



#### **FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Page 2 of 2

Paciente	João de Souza Sodré	Alojamento	9	Leito	1	Convênio	
----------	---------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17.05.19	① Dextro diurina opçs RPA ② SRL 1500 ml IV 24h	ite ok	POZ sem intervenções
DD	③ Glicofosane 1g + 1/3D IV 10/12h ④ Dexamet 1g + AD. IV 6/6h ⑤ Iefotato 20mg + AD. IV, 12/12h ⑥ Transtel 100mg + 100ml SFU 9% IV 8/18h ⑦ Metocarbamol 150 + AD. IV, 8/18h S/N ⑧ SSUV + C166 ⑨ Cendrina h/cie	ite ite ite ite ite ite ite ite	Cn: VTM + RX cb controles
			1 2 3 4 5 6 7 8 9
			Re: EOLP tabaco e alcool re: reabertura de ferida re: reabertura de ferida re: reabertura de ferida

Dr. Duleep Singh, J.D.  
IS CERTIFIED ATTORNEY  
C.R.P.L. #1157



Nome do Paciente <b>JOSÉ P. ASSIS DOS SANTOS</b>		Nº Prontuário <b>1653705</b>
Data da Operação <b>17.05.18</b>	Enf. ORTO 2	Leito 9.1
Operador Dr. Carlos		1º Auxiliar Dr. Euler (MRI)
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Fx TNE		
Tipo de Operação Osteotomia		
Diagnóstico Pós-Operatório Q mmao		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato Sim		
Acidente Durante a Operação Não		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecio Visceral

- ① Fase este em decúbito dorsal horizontal na mesa operatória
- ② Projeção, esternoplastia, campo estéril
- ③ Incisão sobre músculo medial e lateral da tibia e fibula direita + desecção nos planos + hemostase
- ④ Reduções crurais
- ⑤ Osteotomia com os parafusos e projetares anter + os posteriores + os parafusos e projetares posteriores
- ⑥ Fixa F0 + adiante por 10cm + curvatura
- ⑦ pós operatório sem náuseas
- ⑧ paciente conduzido à sala de RPA + rx de controle

Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

10 DEZ. 2018

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

LEITE  
Sala 08

CONVÉNIO

IDADE

48

REGISTRO

1653705

CIRURGIA: Osteosíntese de fratura  
de tornozelo direita

CIRURGÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

Qty. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Celofânia

Qty. FIOS

CÓDIGO

Adrenalinamp.	Calci. p. Oxyg.	Catgut cromado Serix
Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Serix
Diazepam amp.	Compressa Grande	Catgut cromado Serix
Dimetac. amp.	Compressa Pequena	Catgut Simples
Dolantina amp.	Cotonoides	Catgut Simples Serix
Efrane ml	Dreno	Catgut Simples Serix
Fenegam amp.	Dreno Kerr n°	Catgut Simples Serix
Fenilnil ml	Dreno Penrose n°	Cora p. osso
Inova ml	Dreno Pezzor n°	Ehribond
Ketalar ml	Equipo de Macrogomas	Ehribond
Mercacina % ml	Equipo de Macrogotas	Fio de Algodão Serix
Ribafilm amp.	Equipo de Sangue	Fio de Algodão Serix
Pavulon amp.	Equipo de PVC	Fio de Algodão Sutupak
Proligmine amp.	Espadrapo Largo cm	Fio de Algodão Sutupak
Protóxido l/m	Furacim ml	Fita cardíaca
Quelicin ml	Gase Paticle c/ 10 unidades	Mononylon
Rapifen amp.	H.C. ml	Nylon
Thionembutal ml	Intracath Adulto	Prolene Se fix
Tracrium amp.	Intracath infantil	Prolene Se fix

Qty. MEDICAÇÕES

Lâmina de Bisturi n° 23

Prolene Se fix

18 DEZ. 2002

Água Destilada amp.

Lâmina de Bisturi n° 11

Prolene Se fix

Decadron amp.

Lâmina de Bisturi n° 15

Vicryl Se fix

Dipirona amp.

Luvas 7.0

Vicryl Se fix

Flaxidol amp.

Luvas 7.5

Vicryl Se fix

Flebocordil amp.

Luvas 8.0

Vicryl Se fix

Geramicina amp.

Luvas 8.5

Vicryl Se fix

Glicose amp.

Oxigênio l/m

Vicryl Se fix

Glucon de Cálcio amp.

Poliflix

Haemacel ml.

PVPi Degengante ml

Heparina ml.

PVPi Tópico ml.

SOROS

Kaniklon amp.

Sabão Antiséptico

SG Normotérmico fr 500 ml

Lasix amp.

Saco coletar

SG Gelado fr 500 ml

Medrolinazol.

Seringa desc. 10 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

Plasti amp.

Seringa desc. 20 ml

SG Ring fr 500 ml

Prolamina

Seringa desc. 05 ml

SG fr 500 ml

Revivan amp.

Sonda

Stuptanon amp.

Sonda Ito ey

Cefalotina 1g

Sonda Nasogástrica

Ataduras de Crepon

Sonda Uretral n°

Ataduras de Gessada

Sterydren ml

Azul metileno amp

Torrininha

Benzina ml

Vaseline ml

Ajulha desc. 25 x 7

Gelcon 18

Ajulha desc. 28 x 28

Lalesu

Ajulha desc. 3 x 4,5

Ajulha pi raque n°

Alcool de Enfermagem

Alcool iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp

Benzina ml

ORTSESE E PRÓTESE

35400

Paraluxos corticais

Parafixa espontânea

## EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Electrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapilógrafo
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Purificador Elétrico

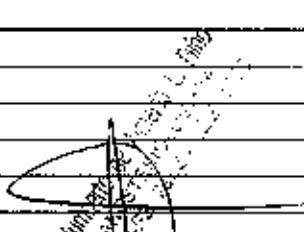
Triângulo Campos de Araújo Oliveira  
CIRCULANTE DE RESPONSAVEL  
REV. ENFERMEIRAGEM  
CORCH-PB 297289



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José de Souza dos Santos Idade: 49  
Convênio: SUS Data: 12/05/18  
Procedimento: Entressartéze de Fáscia de Jejunum direito

Cirurgião: Dr. Euler Auxiliar: Anestesista: Dr. Felipe  
Início: 20:00h Término: 21:47h Anestesia: Rágua + sedação

<b>Observações:</b>		
		
<b>Assinatura Artesanista</b>	<b>Circulante</b>	



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José de Assis Scutis	Alojamento	9	Leito	1	Convênio
----------	----------------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
17/05	Dieta Cirre Jelco Dipirona 500mg EV 6/6h Voltaren 75mg (Im) 12/12h - SN SSW + CGC  <i>Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA</i>		(12) (18) 64 (6)	4º DT+ BEG estável clínica apel
18/05	Dieta Cirre Jelco Dipirona 500mg EV 6/6h Voltaren 75mg (Im) 12/12h SSW + CGC Ceftriaxona 1g EV 12/12h .			Cd: VPM Agrenota ampe.  <i>Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA</i>
19/05	Alta hospitalar Dts teob 90cf Febres amigdóleas ATB + ATNS Fractura			5º DT+ BEG instável apel Cd: VPM  <i>Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA</i>

Diagnóstico

fx tuz D.



SELO DIGITAL: AF144766 - TOJS  
Consulte a autenticidade em [selodigital.tjpb.jus.br](http://selodigital.tjpb.jus.br)

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques de Herval, 83 | CEP 58210-000 | Telefone: 2311-6035

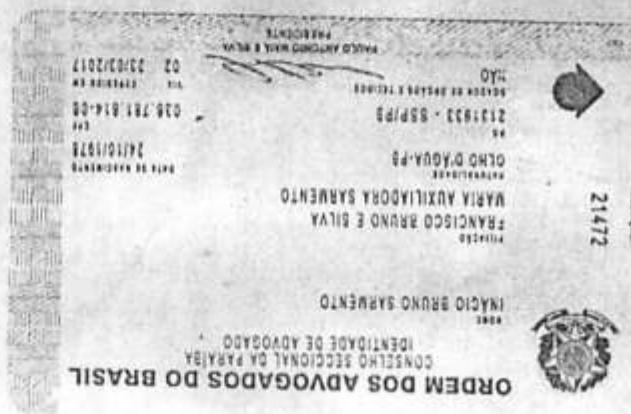
CNPJ: 09.385.045/0001-76

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática  
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido  
Campina Grande

28/06/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabelião



DETTRAN - PB N° 013748123611  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PRF 20170000390341  
VIA CÓD. REPARAR RUE/R.C. EXERCÍCIO  
1 0027048766-2 00/00000000 2017

NOME  
FABIANA CELESTINO DINIZ SANTOS

CPF / CNPJ  
04271006408 PLACA  
NQI6697/PB

PLACA ANT / UF CHASSI  
NOVO PB 9C2KC1610AR070049

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 150 TITAN MIX KS 2010 2010

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/149 /CI PARTIC VERMEELHA

I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
P		00/00/0000	1 <sup>o</sup>
V	FADA UNICA	PARCELAMENTO / COTAS	2 <sup>o</sup>
A	*****	0	3 <sup>o</sup>

PRÊMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (RS) PRÊMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 02/10/2017

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO.

NÃO VÁLIDO PARA TRAVESSIAS FRENTE 0

ESPERANCA - PR LOCAL DATA  
36994 02/10/2017 14761



AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB N° 013748123611 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 02/10/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 04271006408 NQI6697/PB

REPARAR MARCA / MODELO  
00270487662 HONDA/CG 150 TITAN MIX KS

ANO FAB. DT. FAB. NF CHASSI  
2010 9 9C2KC1610AR070049

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNE (RS) DENATRAN (RS) CUSTO DO SEGURO (RS)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (RS) IOF (RS) TOTAL X SERVIÇO PELO SEGURO (RS)  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
S COTA UNICA PARCELADO 02/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.348.608/0001-04

14761-1537409-20171002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA D.I.P. 17

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



007 220 81

H.C.W.



*José Gomes de Bracamento Neto*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



DATA DE NASCIMENTO  
05/07/1989

EDSON GOMES DO NASCIMENTO  
FILHA DE  
PALMIRA NUNES DO NASCIMENTO

JOSÉ GOMES DO NASCIMENTO NETO  
REGISTRO 3.582.461  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2001  
GENERAL

NOME

18 DEZ 2018



ESPERANCA-PB  
NASC. N. 610 FLS. 189 LIV. A01  
DOC ORIGEM  
CARTRIO ARREIA/PB  
ASSINATURA DO DIRETOR  
JOAO PESSOA-PB  
CPF

ELIE NAGZ.416 DE 29/08/83

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA: José de Araújo dos SantosDATA DO ACIDENTE: 13/05/2018 CPF DA VITIMA: 087 358 534 84PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: José de Araújo dos SantosQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: U VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM  
AVITIMA: José de Araújo dos SantosENDERECO DO PORTADOR: Rua São LuizNº 276 COMPLEMENTO: S BAIRRO: PontosCIDADE: Laranjeiras UF: PB CEP: 58135-000E-MAIL: lara.vitima.br@outlook.com TELEFONE: (83) 33341284

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 A 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 A 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DMMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS neste formulário
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: 18/12/2018IDENTIDADE: 25 560 074ASSINATURA: ...

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

08735853484

Nome completo da vítima:

José do Rosário dos Santos

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

José do Rosário dos Santos

CPF:

08735853484

Profissão:

Consultor

Endereço:

Rua São Luís

Número:

178

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Lopápolis

Estado:

M

CEP:

58135000

E-mail:

lucasbrunocarvalho@gmail.com

TeL.(DDD):

833341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO:

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

#### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1668  CONTA: 56298  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_  CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

#### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não | Se tinha filhos, informar quantos:  
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não | Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquermissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: Ponta Grossa - PR, 18/12/2018

Nome: José Gomes dos Nascimento Neto

CPF: 090 669 76462

José Gomes dos Nascimento Neto  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Gomes dos Nascimento Neto

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: Genival Luciano Santos Neto

CPF: 091 192 339 93

Genival Luciano Santos Neto

Assinatura

2º | Nome: Soni Edilene dos Santos Neto

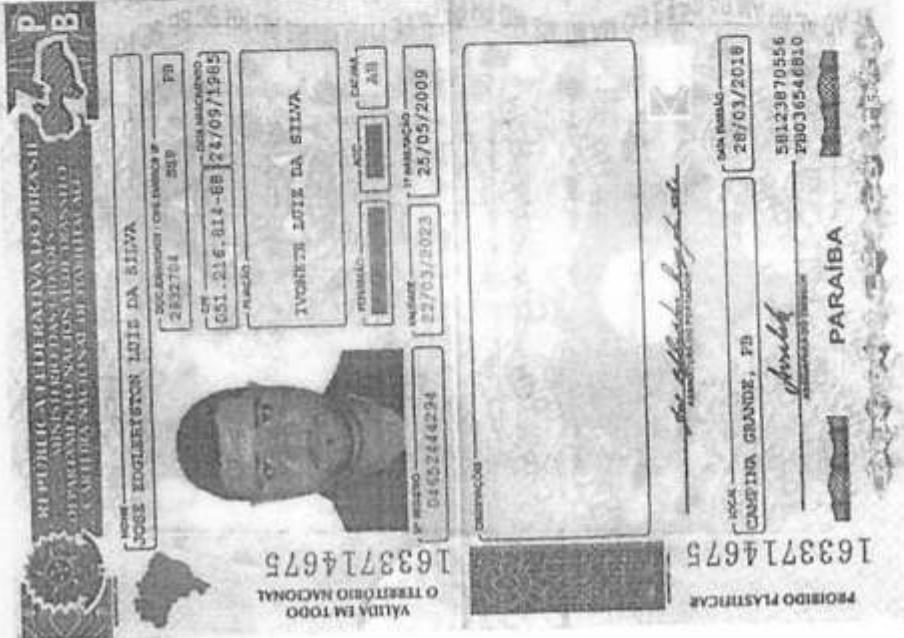
CPF: 051 216 814 88

Soni Edilene dos Santos Neto

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléndia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180594824      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DE ASSIS DOS SANTOS      **Data do acidente:** 13/05/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 20/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180594824      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DE ASSIS DOS SANTOS      **Data do acidente:** 13/05/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 20/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO  
REMÍGIO - PB  
TABELIÃ: ANALICE PEREIRA BRONZEADO

RUA: JOSÉ LEAL, 177 Centro - REMÍGIO/PB - CEP 58300-000 - FONE/FAX: (83) 3364-1235  
CNPJ nº: 08.361.516/0001-14 - E-MAIL: analice.pereira@remigiopb008@hotmail.com

LIVRO: 59

FOLHAS: 99

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos virem este Públco Instrumento de Procuração que aos SEIS dias do mês de **NOVEMBRO** do ano de (2018), nesta cidade de Remígio, Estado da Paraíba, perante mim **MARIA DO SOCORRO BARBOSA FERNANDES - ESCRVENTE AUTORIZADA**, compareceu de um lado como outorgantes: **JOSÉ DE ASSIS DOS SANTOS**, brasileiro, casado, ajudante geral, titular do RG nº 2550074 SSP/PB inserito no CPF/MF Sob nº 087.358.534-84, residente na Rua São Luis nº 176 Centro Esperança/PB, devidamente identificado por mim Notaria como os próprios, e por eles me foi dito que constitui e nomeia como seu bastante procurador, **INÁCIO BRUNO SARMENTO**, brasileiro, casado, advogado, titular do RG nº 2131933-SSP/PB inscrito no CPF/MF Sob nº 036.781.814-06, residente e domiciliado na Rua Izabel Maria da Conceição nº 49 Bairro Bodocongó Campina Grande/PB. A quem concede poderes para que possa requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do Sinistro(pedido de indenização que vitimou em acidente de trânsito o Sr. **JOSÉ DE ASSIS DOS SANTOS**, fato ocorrido no dia 13 de Maio do Ano de (2018), podendo para tanto seu procurador representar o outorgante como se o próprio, podendo requerer e assinar recibos e declarações de endereço, assinar autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT junto a Caixa Econômica Federal Agência 1668. Operação 013. Conta 56298-7, cujo titular é **José de Assis dos Santos** podendo ainda seu procurador requerer o que necessário for, assinar, dar quitação, requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos, enfim praticar todos os atos que se façam necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato. E como assim disse do que dou fé. A pedido das partes lavrei este instrumento, o qual feito e lhe lido, outorgaram, aceitaram e assinaram. Dispensadas testemunhas em face do Provimento nº 03/87 de 19.05.87 da Corregedoria Geral de Justiça do Estado da Paraíba. As informações contida neste instrumento foram declaradas pela outorgante, a qual foi alertada por mim sobre as consequencias da responsabilidade civil e criminal, que aqui assumem pelas declarações que presta. Assina **JOSÉ GOMES DO NASCIMENTO NETO**, a rogo do outorgante por não ser alfabetizado o qual deixa sua impressão digital. Eu,

18 DEZ. 2018

MARIA DO SOCORRO BARBOSA FERNANDES – Escrevente do Cartório do  
Único de Remígio, subscrevo e assino em público e raso que uso. Selo digital:  
**AHS09736-BJ05** Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Remígio, 06 de Novembro de 2018.

OUTORGANTE: *José Gomes do Nascimento Neto* *após de Actas*  
**JOSE DE ASSIS DOS SANTOS**  
A RUGO JOSE GOMES DO NASCIMENTO NETO *original*

*Maria do Socorro B. Fernandes*  
MARIA DO SOCORRO BARBOSA FERNANDES  
ESCREVENTE

18 DEZ. 2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456149/18

**Vítima:** JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

**CPF:** 087.358.534-84

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/05/2018

**Titular do CPF:** JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

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

### JOSE DE ASSIS DOS SANTOS : 087.358.534-84

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018  
Nome: JOSE DE ASSIS DOS SANTOS  
CPF: 087.358.534-84

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

JOSE DE ASSIS DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA