

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180562996 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALUIZIO BARBOSA DANTAS **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE.
FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.
FRATURA DA COLUNA CERVICAL - PROCESSOS ESPINHOSOS DE C5, C6 E C7.
LESÃO CORTO CONTUSA EM BOLSA ESCROTAL COM EXPOSIÇÃO DE TESTÍCULO E DESENLUVAMENTO EM REGIÃO PERINEAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 16,25 % | R\$ 2.193,75 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180562996 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALUIZIO BARBOSA DANTAS **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com depressão e cefaleias.

Resultados terapêuticos: Tratamento neurológico conservador.
Alta médica (12/2017).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 14/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima com sintomas subjetivos (cefaleia e depressão) em decorrência do traumatismo cranioencefálico, não apresentam base médica suficiente para indenização.

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

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 |

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALUIZIO BARBOSA DANTAS**

Nº Sinistro: **3180562996**

Vítima: **ALUIZIO BARBOSA DANTAS**

Data do Acidente: **16/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **IVANILDO ALVES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180562996**.

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 13659459



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALUIZIO BARBOSA DANTAS**

Sinistro: **3180562996**
Vítima: **ALUIZIO BARBOSA DANTAS**
Data do Acidente: **16/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **IVANILDO ALVES DOS SANTOS**

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 3180562996** 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

Carta nº 13680557



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180562996

Vítima: ALUIZIO BARBOSA DANTAS

Data do Acidente: 16/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVANILDO ALVES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALUIZIO BARBOSA DANTAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180562996

Nome do(a) Examinado(a): ALUIZIO BARBOSA DANTAS

Endereço do(a) Examinado(a): ST SANTANA 2, 747 - Barbalha/CE - CEP 63180-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 147623300 - SSPCE - 16/12/2013

Data e Local do Acidente : 16/07/2017 - BARBALHA - CE

Data e Local do Exame : 14/12/2018 RUA MANOEL CASSIMIRO, 34b - JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP 63024-550

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO MODERADO

RELATA CEFALÉIA E DEPRESSÃO.

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

TRATAMENTO NEUROLÓGICO CONSERVADOR. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE DEZEMBRO DE 2017.

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

APRESENTA-SE DEPRIMIDO E RELATA CEFALÉIA.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

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

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

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

(X) “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

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.

PACIENTE APRESENTA APENAS SINTOMAS SUBJETIVOS.



RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM : 12076 / UF :CE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

587.765.321-00

Aluizio Barbosa Dantas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|-----------|----------------|--|
| Nome completo | | CPF titular da conta | | Profissão | |
| Aluizio Barbosa Dantas | | 587.765.321-00 | | Motorista | |
| Endereço | | Número | | Complemento | |
| Sitio Santana '02 | | 747 | | | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP | | |
| Santana | Barbalha | CE | 63180-000 | | |
| Email | | | | Telefone (DDD) | |
| | | | | (88) 3572-0398 | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | BANCO Nome: _____ NRO: _____ | | | |
| AGÊNCIA NRO. 1957 D/V _____ (Informar dígito se existir) | | CONTA NRO. J6555 D/V 5 (Informar dígito se existir) | | AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) | | CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Barbalha-CE, 03 de julho de 2018
Local e Data

Aluizio Barbosa Dantas

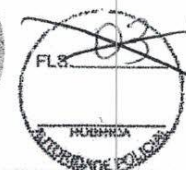
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

29 NOV. 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

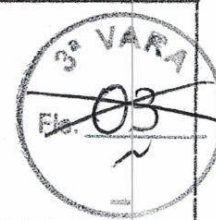


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 8243 / 2017

IP 201-135/2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2017 23:21:19**
Data / Hora da Ocorrência: **16/07/2017 21:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 293 KM 47**
Complemento:
Bairro:
Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência:



Materials / Documentos Envolvidos

1) AUTOMÓVEL PLACA: **HXQ3927 UF: CE MARCA/MOD: VW/PARATI 1.6 COR: PRATA Qtde: 1 UN - APREENDIDO**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXQ3927 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: 9BWDB05W56T167069 Renavam: 894117831 Tipo do Veículo: AUTOMÓVEL Marca / Modelo: VW/PARATI 1.6 Ano Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2006 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRATA Proprietário: VALMIR DE SOUSA Situação: ENCONTRADO Envolvimento: INSTRUMENTO DE DELITO**

Histórico

INFORMA A NOTICIANTE QUE ESTAVA DE SERVIÇO NO POSTO FISCAL DA CIDADE DE MILAGRES. QUANDO A SUA COMPOSIÇÃO FOI ACIONADA VIA CIOPS, INFORMANDO QUE TINHA OCORRIDO UM ACIDENTE NA RODOVIA CE 293 KM 47 NA CIDADE DE BARBALHA; QUE AO CHEGAREM NO LOCAL, ENCONTRARAM OS VEÍCULOS ENVOLVIDOS, SENDO UM AUTOMÓVEL VW PARATI 1.6 DE COR PRATA DE PLACA HXQ-3927/CE E UMA MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN DE COR VERMELHA DE PLACA HXD-7348. E NO LOCAL ESTAVA UMA COMPOSIÇÃO DA POLICIA MILITAR RD 2132 COMANDADA PELO 3º SARGENTO ROBERTO, QUE LHE INFORMOU QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL E O CONDUTOR DO VEÍCULO SE EVADIU DO LOCAL; QUE A ESPOSA DO CAUSADOR DO ACIDENTE, A SENHORA MARIA APARECIDA DE SOUSA FERREIRA, ESTAVA NO LOCAL E INFORMOU QUE O SEU MARIDO, O CONDUTOR DO CARRO SE CHAMA, CICERO FERREIRA DOS SANTOS, E ALGUNS FAMILIARES DA VÍTIMA QUE ESTAVAM NO LOCAL INFORMARAM QUE O MESMO SE CHAMA ALOISIO BARBOSA DANTAS; QUE A CITADA MOTOCICLETA ESTAVA COM RESTRIÇÕES E, POR ISSO, CONDUZIRAM A MESMA PARA O DEPOSITO DA PRE NA CIDADE DE MILAGRES E POSTERIORMENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA O DEPOSITO DO DETRAN, E O CARRO FOI CONDUZIDO PARA ESTA DP. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MAURO MASCHERONE LOPES FERREIRA - MAT.: 198146-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Helena da Costa Lima

VISTO DO DELEGADO(A):

[Assinatura]

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2

ARTÓRIO DO



| AUTENTICAÇÃO | |
|---|--------------|
| A presente cópia conferida com o original exibido em Notas... | |
| Dou te. Barbalha/CE | |
| DATA | 24 MAIO 2018 |
| L. Marcelina Maciel Torres - Titular | |
| L. Ana Maria de Sá Rangel Torres - Substituta | |
| L. Mayara de S. Barros Torres - Substituta | |
| L. Francisco S. Barros Torres - Substituta | |
| L. Valéria S. Barros Torres - Substituta | |

29 NOV. 2018

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

Aluizio Barbosa Dantas

CPF da Vítima

587.765.321-00

Data do Acidente

16.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(88) 3572-0398

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.

Barbalha - CE 03 de julho de 2018
Local e Data

29 NOV. 2018

* Aluizio Barbosa Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALUIZIO BARBOSA DANTAS Admissão: 16/07/2017 22:26
Pront.: 149410 Data Nasc.: 16/10/1970 Idade: 46 ano(s) 9 mes(es) e 0 dia(s) Tel.:
Mãe: ANTONIA MARIA DANTAS
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro:
Endereço:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador João Paulo Lima Santos Horário 16/07/2017 22:31
Eixo: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RESPIRANDO POR TOT COM
SINAIS DE TCE E TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.
Prognóstico: TRAUMA MAIOR
RESPIRAÇÃO INADEQUADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 6 Nº: 382850 Horário 16/07/2017 22:32
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: REANIMACAO
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO CARRO MOTO TRAZIDO PELO SAMU COM TCE GRAVE E
TRAUMA TORACO ABDOMINAL. PUPILAS ANISOCORICAS. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES NO TORAX E
ABDOMEM, LACERAÇÃO DE BOLSA ESCROTAL COM EXPOSIÇÃO DOS TESTICULOS. ABDOMEM DISTENDIDO E
TANICO. PA 120/80MMHG

EXAME

| Nome | Data Solicitação | Urgente | Situação |
|--|------------------|---------|----------|
| US ABDOMINAL TOTAL (0205020046) | 16/07/2017 22:36 | Sim | Pendente |
| TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079) | 16/07/2017 22:36 | Sim | Pendente |
| HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380) | 16/07/2017 22:36 | Sim | Pendente |



Comprovação do ato declaratório

29 NOV. 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 530863631

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
1372455 DV **0**

VENCIMENTO
01/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
110,75

Rota 38 013016 50 0214500 Medidor Poste
Nome MARIA DE FATIMA BARBOSA DE OLIVEIRA 2146972 0000 B43N
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST SANTANA 02 00747 SANTANA BARBALHA 63180000

RG / CPF / CNPJ 889.158.243-34 CGF

Classe 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 22654 22387 1 267 0 267

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura
25/07/2018 25/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B845.D95F.D7DD.FE5F.A965.34D5.731E.46ED

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,41
JUROS DO MES 1,04
MULTA MORATORIA 2,08
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,46)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

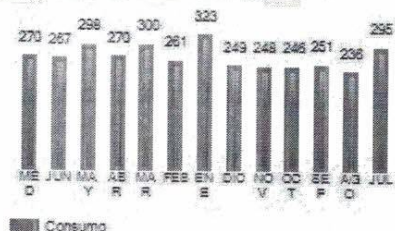
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 42,79

Conjunto BARBALHA

Mês ABR/ 2018

| | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC (h) | 10,44 | 20,88 | 41,76 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FIC (un) | 7,52 | 15,04 | 30,09 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC (h) | 5,58 | | | 0,00 | | |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 1372455-0 N° da Nota Fiscal: 530863631 Total a Pagar (R\$): 110,75
Data de Emissão: 03/07/2018 Referência: JUN/2018 N° de Controle: 0001372455 00526 4380 2 61

83850000001-6 10750031000-2 00013724550-5 05264380227-7



29 NOV. 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 527897370

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
813192 DV **9**

VENCIMENTO
13/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
158,32

Rota 03 013010 02 0465000 Medidor Poste
Nome MARIA DO ROSARIO DOS SANTOS SILVA 5258261 0000 A01S
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora AV DR ANTONIO CORREIA SARAIVA 00742 BELA VISTA BARBALHA
63180000

RG / CPF / CNPJ 646.310.603-87 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☒ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☒ Consumo Faturado ☒

| | | | | | | |
|----|-------|-------|---|-----|---|-----|
| FP | 27667 | 27486 | 1 | 181 | 0 | 181 |
|----|-------|-------|---|-----|---|-----|

| DESCRIÇÃO DA CONTA | Quantidade | Tarifa | Valor (R\$) |
|--------------------|------------|---------|-------------|
| ENERGIA CONSUMO | 181 | 0,73754 | 133,49 |

DATAS DE LEITURA

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Data de Emissão/ Apresentação | Prev. Próxima Leitura |
| 06/06/2018 | 05/07/2018 |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B8F2.0A67.17D3.9A00.ED61.14AC.70B8.6684

ICMS

| | | |
|-----------------------|----------|------------------|
| Base de Cálculo (R\$) | Aliquota | Valor do imposto |
| 133,49 | 27% | 36,04 |

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

| | |
|-----------------------------|-------|
| ENERGIA | 50,44 |
| TRANSMISSÃO | 5,38 |
| DISTRIBUIÇÃO | 28,74 |
| ENCARGOS SETORIAIS | 7,70 |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 41,23 |

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

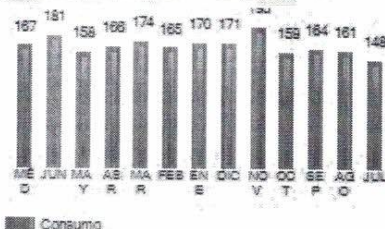
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 37,36

Conjunto BARBALHA

Mês ABR/ 2018

| | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC (h) | 5,19 | 10,38 | 20,77 | 0,61 | 0,00 | 0,00 |
| FIC (un) | 3,23 | 6,47 | 12,95 | 1,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC (h) | 2,94 | | | 0,61 | | |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

| Emitido kg (CO ₂) | Compensado kg (CO ₂) | Consciência Ecológica(%CO ₂) |
|-------------------------------|----------------------------------|--|
| | | 0 100 |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 813192-9 N° da Nota Fiscal: 527897370 Total a Pagar (R\$): 158,32
Data de Emissão: 02/07/2018 Referência: JUN/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

29 NOV. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilamildo Alves dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 806.199.913/42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fluizio Barbosa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 587.765.321/00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fluizio Barbosa Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 587.765.321/00, 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>Av. Dr. Antônio Bonnea Saraiva</u> | | Número <u>742</u> | Complemento <u>Pasa</u> |
| Bairro <u>Bela Vista</u> | Cidade <u>Barbalha</u> | Estado <u>PE</u> | CEP <u>53.180-000</u> |
| Email <u>juseg@jusegseguladora.com.br</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>88.3572-0398</u> | Telefone celular (DDD) <u>88.99779-2255</u> |

Barbalha de Novembro de 2018
Local e Data

Ilamildo Alves dos Santos
Assinatura do Declarante

29 NOV. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARGARIDA DOS SANTOS,
RG nº 287003994, data de expedição 06/09/94,
Órgão SSA CE, portador do CPF nº 758.936.903-97, com
domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO BARRO BRANCO, nº SIN
complemento A/A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ALUIZIO BARBOSA DANTAS cujo o condutor era
ALUIZIO BARBOSA DANTAS.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG-125TITAN-KS
Ano: 2005/2005
Placa: HXD 7348
Chassi: 9C2JC30101R-301457
Data do Acidente: 16 07 2017
Local e Data: BARBALHA-CE 14/09/2018

Margarida dos Santos
Assinatura do Declarante

Aluizio Barbosa Dantas

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



29 NOV. 2018

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO NO CPF

Nº DE INSCRIÇÃO: 587765321 00

NOME COMPLETO: ALUIZIO BARBOSA DANTAS

ASSINATURA: *Aluizio Barbosa Dantas*

NACIMENTO: 16.10.70

TERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E SO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS - A QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA RECEITA FEDERAL

CANAL DO AGENTE EMISOR

104/1254-7

12 107 190

CEF - F. GOIAS

11521/9581

INSTRUMENTO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E SO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS - A QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA RECEITA FEDERAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DO CEARÁ


SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR: *Aluizio Barbosa Dantas*

CARTÃO DE IDENTIDADE

Foto: 

Assinatura: 

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTÃO 1476233-88

DATA DE EXPEDIÇÃO: 13.05.88

NOME: ALUIZIO BARBOSA DANTAS

LOCALIDADE: João Vicente Dantas


ANTERIOR: Antonia Maria Dantas

NATURALIDADE: Igarapina-PE

DATA DE NASCIMENTO: 16.10.1970

CERT. N.º 291, IV. 02, PIS. 70

CRT. Ipuera-PE

Assinatura: 

LEIA: 74106 20088

Handwritten: *80.862*

29 NOV. 2018



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **587.765.321-00**

Nome: **ALUIZIO BARBOSA DANTAS**

Data de Nascimento: **16/10/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/05/1992**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:19:22** do dia **03/07/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **EA63.CFDE.86AB.74E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

29 NOV. 2018

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

NOME
 IVANILDO ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 52915802 SSP/SP

CPF
 806.199.913-72

DATA NASCIMENTO
 21/08/1979

FILIAÇÃO
 ANTONIO JOAO DOS SANTO
 S
 FRANCISCA ALVES DOS SA
 NTOS

PERMISSÃO
 ACQ. CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 04324299065

VALIDADE
 23/11/2017

1ª HABILITAÇÃO
 26/03/2008

OBSERVAÇÕES
 DIADEMA

Assinatura do Portador
 Ivanildo Alves dos Santos

LOCAL
 DIADEMA, SP

DATA EMISSÃO
 29/11/2012

44625759654
 SP567826660

DETRAN SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 656206715

PROIBIDO PLASTIFICAR
 656206715

29 NOV. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180562996 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALUIZIO BARBOSA DANTAS **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE.
FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.
FRATURA DA COLUNA CERVICAL - PROCESSOS ESPINHOSOS DE C5, C6 E C7.
LESÃO CORTO CONTUSA EM BOLSA ESCROTAL COM EXPOSIÇÃO DE TESTÍCULO E DESENLUVAMENTO EM REGIÃO PERINEAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 16,25 % | R\$ 2.193,75 |

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180562996 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALUIZIO BARBOSA DANTAS **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com depressão e cefaleias.

Resultados terapêuticos: Tratamento neurológico conservador.
Alta médica (12/2017).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 14/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima com sintomas subjetivos (cefaleia e depressão) em decorrência do traumatismo cranioencefálico, não apresentam base médica suficiente para indenização.

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

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 |

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Aluizio Barbosa Dantas, brasileiro(a), estado civil: divorciado
Profissão: Motorista, portador(a) do RG 147623388, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 587.765.321-00, residente no(a) Sítio Santana II
nº 747, bairro: Zona rural, município: Barbalha - Ceará

OUTORGADO:

Nome: Ivanildo Alves dos Santos, brasileiro, estado civil: casado, Profissão: Auxiliar de Escritório,
portador do RG 52915802, órgão expedidor SSP/SP e do CPF: 806.199.913-72, residente na
Avenida Dr. Antônio Corrêa Saraiva, nº 824, bairro: Bela Vista, município: Barbalha/CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Aluizio Barbosa Dantas

Local e Data: Barbalha - CE, 07/06/2018



Aluizio Barbosa Dantas

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



29 NOV. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432681/18

Vítima: ALUIZIO BARBOSA DANTAS

CPF: 587.765.321-00

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 16/07/2017

Titular do CPF: ALUIZIO BARBOSA DANTAS

CPF de: Próprio

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

IVANILDO ALVES DOS SANTOS : 806.199.913-72

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

ALUIZIO BARBOSA DANTAS : 587.765.321-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: ALUIZIO BARBOSA DANTAS
CPF: 587.765.321-00

ALUIZIO BARBOSA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: MARIA LUCILA RODRIGUES MAGALHAES
CPF: 675.196.283-53

MARIA LUCILA RODRIGUES MAGALHAES