

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

305.796.354-22

Nome completo da vítima

Felipe de Azevedo G. Ferreira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Felipe de Azevedo G. Ferreira	305.796.354-22	Padeiro
Endereço	Número	Complemento
3025 Fernandes Vieira	137	
Bairro	Estado	CEP
Mamanguape	PB	58027-460
Email	Telefone (DDD)	
	98663-4900	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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	
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<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)			
AGÊNCIA	CONTA	BANCO	
0904	D/V	Nome	Nº
(Informar dígito se existir)			
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
AGÊNCIA	CONTA	BANCO	
0904	D/V	Nome	Nº
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Felipe de Azevedo G. Ferreira

Local e Data

Felipe de Azevedo G. Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

TO-ATENDIMENTO - Bairro de Mangabeira  
TA: 23/10/2018 HORA: 11:42:34  
RMINAL: 34871084 CONTROLE: 348710840361

ENCIA: 0904 - EPITACIO PESSOA  
NTA: 013.00046974-9  
IDENTE: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

LDOS POR DATA LIMITE  
PÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

TA	VALOR
1/10	[REDACTED]

MOVIMENTAÇÃO

TA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
----	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

Setembro

1/09	211334	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/09	211531	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	211818	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	180921	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	180921	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	240800	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	241439	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	241905	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	180924	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	180924	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	180924	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]
1/09	251351	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/09	180925	SAQUECORRESPONDENTE	[REDACTED]

Outubro

1/10	000000	REM BASICA	[REDACTED]
1/10	011751	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/10	021255	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/10	031436	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	041502	CP ELECTRO	[REDACTED]
1/10	050913	CP ELECTRO	[REDACTED]
1/10	061416	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	081004	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	081451	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	104085	DP DINH AG	[REDACTED]
1/10	101318	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/10	111104	EST SQ LOT	[REDACTED]
1/10	111104	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	111105	SAQUE LOT	[REDACTED]
1/10	000000	REM BASICA	[REDACTED]
1/10	000000	CRED JUROS	[REDACTED]
1/10	151321	DP DIN LOT	[REDACTED]
1/10	150848	SAQUE LOT	[REDACTED]



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**Nº Sinistro:** 3180349672

**Vitima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**Data do Acidente:** 06/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349672**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**Nº Sinistro:** 3180349672

**Vitima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**Data do Acidente:** 06/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349672**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**Nº Sinistro:** 3180349672

**Vitima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**Data do Acidente:** 06/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349672**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Carta nº 13517664

A/C: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180349672 ASL-0277439/18  
**Vitima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA  
**Data Acidente:** 06/01/2018  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE EDUARDO DA SILVA

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**





## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01283.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01283.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:36 horas do dia 11 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Felipe de Assis Gomes Ferreira**, CPF nº 105.796.354-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Padeiro, filho(a) de Josefa Gomes Ferreira e Francisco de Assis Ferreira, natural de Belém/PB, nascido(a) em 09/10/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) João Fernandes Vieira, Nº 137, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Estádio de Futebol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99843-6479.

### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Feliciano Pedrosa, Fabrica Três de Maio, Fabrica Três de Maio, Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/01/18 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE segundo o notificante, no dia 06/01/2018, por volta das 14:00 horas, quando transitava pela rua: Feliciano Pedrosa, na cidade de Belém/PB, que nesta ocasião estaria conduzindo um veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 150 FAN -ESI .ano e modelo:2013 de cor preta, placa:OFX 4005/PB,Chassi nº 9C2KC1670DR479815,registrado em nome de Ozemary Francisca dos S. Soares, CPF nº 079.716.854-80;QUE segundo o notificante transitava normalmente em sua mão pela direita, e ao tentar fazer uma ultrapassagem a um veículo Gol Bola de cor preta, não sabendo especificar a placa do mesmo;QUE segundo o notificante esteve veículo que era conduzido por uma senhora mudou de faixa para adentrar a esquerda sem sinalizar, fazendo com que o notificante viesse a colidir na lateral esquerda do veículo da mesma; QUE devido ao fato veio a cair ao chão onde foi socorrido por ambulância para o hospital Regional de Belém /PB, e depois para João Pessoa /PB; devido a lesão sofrida:conforme CERTIDÃO Nº 0844/2018, EXPEDIDA PELA DRº ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 15.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 11 de julho de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS 30 JUL. 2018 FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA  
Agente de Investigação Noticiante  
  
PROTOCOLO  
16.10.2018  
JOÃO PESSOA



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Welli de Oliveira Gomes Ferreira*

CPF da Vítima

305.796.351-22

Data do Acidente

06-01-18

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

*Belém, 13 de Julho de 2018*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## CERTIDÃO

Nº. 0844/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº92161 e prontuário Nº2018.01.0770, pertencentes a **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA** que foi atendido dia 06/01/2018 às 16H53min vítima de colisão, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço esquerdo. Realizado cirurgia dia 09/01/2018 e alta médica dia 11/01/2018

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

João Pessoa, 15 de junho de 2018  
Rosangela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



# 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: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 00000046974-9

---

Nr. da Autenticação A735E3D2E6ECD472



JOSE EUDUARDO DA SILVA

R. AL. 1000, Lote 1000, Fazenda Itaúna, CEP 58040-000  
MUNICIPIO: Itaúna  
ESTADO: MG PESSOA FÍSICACódigo:  
907014555647Vencimento:  
10/07/2018Valor:  
423,34CNPJ/CPF:  
45553602491Forma de Pagamento:  
BOLETO BANCÁRIO

Acesse a via de Fatura de Débito Automático e Dúvidas, acesse net.com.br

## Importante:

Este boleto é emitido e enviado sempre atualizados. Acesse [net.com.br](http://net.com.br), opção Minha NET - Minha Assinatura. Atualize o cancelamento de seu serviço NET, de acordo com a data de vencimento minima, estabelecida a data da sua contratação.

## Minha NET:

- INICIAL HD COMFORT FIDELIDADE
- NET VIRTUA+ MÉDIA FIDELIDADE
- INFINOS MÓVEIS

## descrição

## total

<input checked="" type="radio"/> NET TV	44,99
<input type="radio"/> NET Virtua+	64,99
<input type="radio"/> Serviços Móveis	312,91
<b>Itens Eventuais</b>	0,45

423,34

## NET TV

Referência: 8013

INICIAL HD COMFORT TV PRINCIPAL SELEÇÃO INICIAL HD COMFORT	14,99
INICIAL HD COMFORT NET TV	44,99
<b>Total NET TV</b>	<b>44,99</b>

## NET VIRTUA+

Referência: NET VIRTUA+

INICIAL HD COMFORT NET VIRTUA+ MÉDIA FIDELIDADE	34,99
Total NET VIRTUA+	64,99
<b>Total NET VIRTUA+</b>	<b>64,99</b>

## Serviços Móveis

Residuais Claro

Total Serviços Móveis

## 0,45

(1,45)

## Itens Eventuais

Encargos/Juros/Multas

Juros Pago em Atraso

## 0,45

MULTA

Juros/Taxas Encargos/Juros/Multas

## 0,45

Total Itens Eventuais

0,45

Este pagamento poderá ser cancelado se empenhado no dia 10/07/2018.  
O cliente é responsável pelo cancelamento do empenho e  
poderá cancelar o empenho diretamente no BANCO MERCANTIL.  
O cliente deve entrar em contato com o atendimento ao cliente  
para cancelar o empenho de 0,45 reais.  
O cliente deve entrar em contato com o atendimento ao cliente  
para cancelar o empenho de 0,45 reais.

Deficiente Auditivo e/ou Físico: Ligue 0800 221 7200 e  
poderá realizar a ligação com um atendente adaptado  
com dispositivo TDD (Dispositivo de Telefonia para Deficientes  
Auditivos).

Ligue 0800-7777 para atendimento técnico, consultas  
e correção de serviços (não é de ligação direta).  
- Central de Relacionamento NET: 10027 e  
1000-7777200 (deficientes auditivos).  
Ou ligue 0800 010100.

Central de Atendimento  
NET 10027  
1000-7777200  
0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

0800 010100

Central de Atendimento

NET 10027

1000-7777200

**PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE [NET.COM.BR](http://NET.COM.BR)**

001/004

**Importante:**

Para mais informações sobre o seu consumo, entre em contato com a sua Agente NET ou com a Central de Atendimento ao Cliente NET. Acesse [NET.COM.BR](http://NET.COM.BR) ou entre em contato com a sua Agente NET ou com a Central de Atendimento ao Cliente NET, durante a permanência da sua permanência no Brasil, estando dentro da cobertura da sua Central.

**Minha NET:**

BDA LARGA NET EMPRESAS  
 60 MEGA FID  
 FONE EMPRESA BRASIL  
TOTAL: 11

descrição

total

<input checked="" type="radio"/> NET VIRTUA +	145,00
<input checked="" type="radio"/> NET Fone	54,99
<b>Itens Eventuais</b>	<b>-45,00</b>

Valor total

**154,99**

**NET VIRTUA +**

Mensalidade NET VIRTUA +

01/07/18 A 31/07/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID

145,00

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +

145,00

Total NET VIRTUA +

145,00

**NET Fone**

SERVIÇO:	DURAÇÃO:
ASSINATURA	54,99
Total NET Fone	54,99

**Itens Eventuais**

Descontos/Cancelamentos

-45,00

DESCONTO MENSALIDADE VIRTUA

Sub-Total Descontos/Cancelamentos

-45,00

Total Itens Eventuais

-45,00

*(COMPREV)  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 AGU. 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA*



Acesso: [www.net.com.br](http://NET.COM.BR) e confira!

- ! - Para atendimento presencial consulte os endereços no site [NET.COM.BR](http://NET.COM.BR)  
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data de vencimento. NET fatura ao Sistel/SCPC.  
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.  
Defeito de Audífone e de Fala (ligue 0800 721 7787 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).  
Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo da ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 18621 e 0800-721 7787  
(defeito de audífone)  
Cuidadoria 0800 701 0100

- REGISTROS DE ATENDIMENTO:  
90718254494496, 90718254317106, 90718254281539,  
90718254770167

**Autenticação Mecânica**

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

Atenção: efetua seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANRIGUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CIFI.

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVICOS 9070145270823	Julho/2018	10/08/2018	154,99

**84640000001-0 54990296201-4 80810907000-9 00140585849-7**

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, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<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 Eduardo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felipe de Assis Gomes Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.796.351-22, do sinistro de DPVAT cobertura sem validade da Vítima Felipe de Assis Gomes Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.796.351-22 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Agente Fiscal José C. Duarte</u>	<u>157</u>	<u>Sala-6</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Planaltina</u>	<u>PR</u>	<u>58056-384</u>
Cidade		
<u>João Pessoa</u>		
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>zeduardosilva@hotmail.com</u>	<u>99342-1170</u>	<u>98663-4900</u>

João Pessoa 27 de Julho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO  
30.07.2018  
1047



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE BELÉM-PB.

**ENCAMINHAMENTO**

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Transmotores

UNIDADE DE ORIGEM: Pr. de Belém

NOME DO PACIÊNTE: Felipe de Almeida

PROCEDÊNCIA: Belém

Porcento com traumotise no antebraço esquerdo - Sinais clínicos de fractura



Dr. Joséinaldo L. de Oliveira  
CRM 524-PB - CBO 22011  
E-mail: [drjoseinaldo@bol.com.br](mailto:drjoseinaldo@bol.com.br)

**MÉDICO (A)**

**BELÉM-PB 06 / 01 2018**

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito que, o senhor, **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA**, brasileiro, solteiro, padeiro, portador do RG: 3.894.244 SSDS/PB, residente e domiciliado na **Rua: Abdias Machado – Nº 365**, Município de Belém – PB. Foi atendido no Ambulatório desta Unidade Hospitalar no dia 06/01/2018. Conforme cópia da ficha em anexo.

Belém-PB, 03 de Julho de 2018



*Ildevania de Souza Rodrigues Deocleciano*  
**ILDEVANIA DE SOUZA RODRIGUES DEOCLECIANO**

**Diretora Geral**

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613301 CGC/CPF: 08.778.268/0024-57

CME: HOSPITAL DISTRITAL DE BELÉM

ID.: RUA PROJETADA, 12

JNÍCPIO: BELEM ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

Raca/Cor: Parda

Data Nasc: 09/10/1993 Idade: 24 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M

Mae: JOSEFA GOMES FERREIRA

Profissão: NÃO INFORMADA

Endereço: RUA ABDIAS MACHADO

Bairro: CENTRO

Início/CEP/IBGE: BELEM - PB - 58255000 - 250190

Telefone para contato (00) 0000-0000

Documento:

CNS: 898002351439335

Data e Hora: 06/01/2018 13:52:49

SSVV

SO:

PA:

TEMP.:

## ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com dor abdominal no abdômen epigástrico - hiatal  
dor no dia

## EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

## RESULTADOS

PACIONISTA: LUCINIER GAMA

01 - ELETTIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENFERMIDADES

CARÁ

PROC

Educação P. 10

Fractura do

## MEDICAÇÃO:

 1. PRESCRITA OBSERV 2. APLICADA OUTRO

## SERVIÇOS REALIZADOS

1.  030112.  1113.  111

ASS. DO(S) PROFISSIONAIS

MÉDICO

JOSINALDO LEMOS DE OLIVEIRA

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

Ass. Revisor Técnico

## CERTIDÃO

Nº. 0844/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº92161 e prontuário Nº2018.01.0770, pertencentes a **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA** que foi atendido dia 06/01/2018 às 16H53min vítima de colisão, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço esquerdo. Realizado cirurgia dia 09/01/2018 e alta médica dia 11/01/2018

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

João Pessoa, 15 de junho de 2018  
Rosangela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) CNPJ:

Hora: 16:53:16

Recepção: GILMAR DE SOUTO CAVAL  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA  
CNS: 898002351439335 Sexo: M CARTAO SUS: 898002351439335 Fone: 999149954  
Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 09/10/1993 Id: 24 ano(s)  
End.: RUA JOAO FERNANDES VIEIRA,137  
Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: JOSEFA GOMES PEREIRA Pai: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PADEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escalidade:

Resp.: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

Telefone do Responsavel: 999149954 / CARTAO SUS: 898002351439335

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP. DE BELEM

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: CONDUT. - BELEM

Vitima de violencia por: COLISAO - 14H00

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

Qua. Principal

TRAUMA EM MSB

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito	

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Assinatura da Enfermeira:

Reservado p/ liberacao

#### PROCEDIMENTO REALIZZATO

#### DESTINO DO PACIENTE

## Residencia

### 1.1 Alta a pedidos

### Transferência

### 1.1 Desistencia

11 UTR

Qntdo: [ ] Atestado [ ] syn [ ] TMT

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores:

Alergias:

Cirurgias:

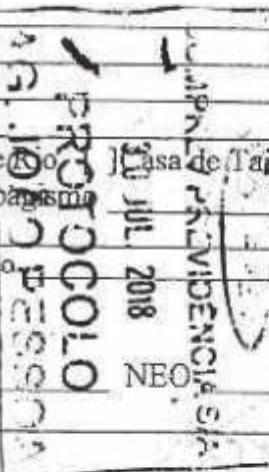
[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Sol [ ] Casa de Tia/ma [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico:

Alimentação:

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg  
FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral:

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

Gânglios:

Pele:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

Resultados de Exames Complementares:

*Rx*

Hipóteses Diagnósticas:

*fatum de todos os artérios*

Conduta:

*Trat. hospital*
 Carlos Henrique da S. Chaves  
 Clínica e Hospital Clínico  
 01/01/2018



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Felipe de Assis Gomes			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data:	09/01/18	Cirurgião:	O Indaloce Pocel	1º Assistente:	Roberto Jún	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
O Fratur dos ossos do antebraço E	552.5

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O molar	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Treatmento cirúrgico de Fratur dos ossos do antebraço E	552.5 - EVIDÊNCIA SAI 30 JUL. 2018 PROTÓCOLO 30.10.2018
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( ) Sim 2 ( ) Não
Biópsia de Congelação:	1 ( ) Sim 2 ( ) Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico	

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Q) Pcte em DDH sob bloqueo, resto
- Q) Goniote à nível da bacia (t)
- Q) Aseps + antisep + CLE

Incisão: Q) Incisão via de Thompson por placa  
24 0520

Achados: Q) visualização da fistula direita da rânia  
E 2 reduções chiasma  
B Colocação da placa DCP de 7 furos e  
fixação (1) parafuso central  
3x18 + 3x20 (sob suspi)

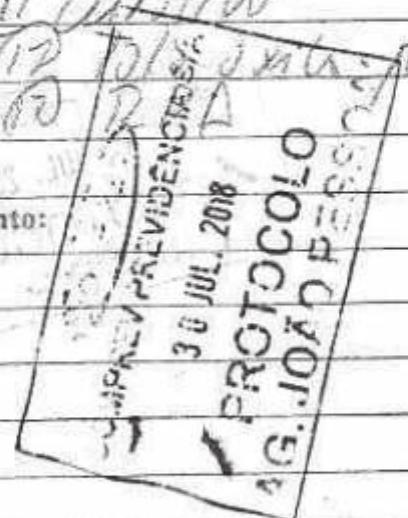
Conduta: Q) Incisão longitudinal nos bordos menor  
e redução chiasma

Q) Colocação de placa 13 com os 5 furos  
Q) Fixação (1) parafuso central 3x18  
n. 16 1x20, 1x24 estouros  
Q) Sutura por placa  
Q) Ceftriaxone

Fechamento:

OBS:

Data: 09/01/18



Dr. Edmundo Pacheco Fernandes  
Ortoped - Traumatologista  
Cirurgia do Ossino  
CNPJ 6227 507 24247

MÉDICO/CRM



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	Felipe de Assis Green Ferreira			PRONTUÁRIO N°				
IDADE	SENO	GOR	CLÍNICA	ORTO	DIA	11	LEITO	142
DATA DE ADMISSÃO	06/03/18		DATA DE ALTA	11/03/18		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fractura dos ossos do estribo esq						CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	O IML							
OUTROS DIAGNÓSTICOS								
PRINCIPAIS EXAMES	E.F. + Radiográfico							
PROCEDIMENTO REALIZADO	RAFI							
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	ADMET + Analgésicos							
ANATOMIA PATOLÓGICA								
INFECÇÃO P.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLTE DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA								
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMÓVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO			

RELAÇÃO CLÍNICO (ESTORNO, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)  
Felipe Ferreira, com 19 anos, não apresenta de fratura nos ossos do estribo. Apresenta a cerca de um mês de medicamentos e de desaparecimento de febre.

DIETA: livre.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

REPOUSO: Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" na ferida, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *espalhadas soz + ADMET + Analgésicos.*

30 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
16.10.2018

RETORNO Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do Dr. Indaleu Ferreira em 30 dias para revisão. 15 dias.

Dr. Leonardo Mendes  
Ass. Médico / CRM

ASS. MÉDICO / CRM

11/03/18.  
DATA  
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE BELÉM-PB.

**ENCAMINHAMENTO**

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Transmotores

UNIDADE DE ORIGEM: Pr. de Belém

NOME DO PACIÊNTE: Felipe de Almeida

PROCEDÊNCIA: Belém

Porcento com traumotise no antebraço esquerdo - Sinais clínicos de fractura



Dr. Joséinaldo L. de Oliveira  
CRM 524-PB - CBO 22011  
E-mail: [drjoseinaldo@bol.com.br](mailto:drjoseinaldo@bol.com.br)

**MÉDICO (A)**

**BELÉM-PB 06 / 01 2018**

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito que, o senhor, **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA**, brasileiro, solteiro, padeiro, portador do RG: 3.894.244 SSDS/PB, residente e domiciliado na **Rua: Abdias Machado – Nº 365**, Município de Belém – PB. Foi atendido no Ambulatório desta Unidade Hospitalar no dia 06/01/2018. Conforme cópia da ficha em anexo.

Belém-PB, 03 de Julho de 2018



*Ildevania de Souza Rodrigues Deocleciano*  
**ILDEVANIA DE SOUZA RODRIGUES DEOCLECIANO**

**Diretora Geral**

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613301 CGC/CPF: 08.778.268/0024-57

CME: HOSPITAL DISTRITAL DE BELÉM

ID.: RUA PROJETADA, 12

JNÍCPIO: BELEM ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

Raca/Cor: Parda

Data Nasc: 09/10/1993 Idade: 24 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M

Mae: JOSEFA GOMES FERREIRA

Profissão: NÃO INFORMADA

Endereço: RUA ABDIAS MACHADO

Bairro: CENTRO

Início/CEP/IBGE: BELEM - PB - 58255000 - 250190

Telefone para contato (00) 0000-0000

Documento:

CNS: 898002351439335

Data e Hora: 06/01/2018 13:52:49

SSVV

SO:

PA:

TEMP.:

## ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com dor abdominal no abdômen epigástrico - hiatal  
dor no dia

## EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

## RESULTADOS

PACIONISTA: LUCINIER GAMA

01 - ELETTIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENFERMIDADES

CARÁ

PROC

Educaçao P. 10

Fractura do

## MEDICAÇÃO:

 1. PRESCRITA OBSERV 2. APLICADA OUTRO

## SERVIÇOS REALIZADOS

1.  30112.  11113.  1111

ASS. DO(S) PROFISSIONAIS

MÉDICO

JOSINALDO LEMOS DE OLIVEIRA

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

Ass. do Revisor Técnico

## CERTIDÃO

Nº. 0844/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº92161 e prontuário Nº2018.01.0770, pertencentes a **FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA** que foi atendido dia 06/01/2018 às 16H53min vítima de colisão, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço esquerdo. Realizado cirurgia dia 09/01/2018 e alta médica dia 11/01/2018

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

João Pessoa, 15 de junho de 2018  
Rosangela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) CNPJ:

Hora: 16:53:16

Recepção: GILMAR DE SOUTO CAVAL  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA  
CNS: 898002351439335 Sexo: M CARTAO SUS: 898002351439335 Fone: 999149954  
Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 09/10/1993 Id: 24 ano(s)  
End.: RUA JOAO FERNANDES VIEIRA,137  
Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: JOSEFA GOMES PEREIRA Pai: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PADEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escalidade:

Resp.: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

Telefone do Responsavel: 999149954 / CARTAO SUS: 898002351439335

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP. DE BELEM

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: CONDUT. - BELEM

Vitima de violencia por: COLISAO - 14H00

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

Qua. Principal

TRAUMA EM MSB

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito	

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Assinatura da Enfermeira:

Reservado p/ liberacao

#### PROCEDIMENTO REALIZZATO

#### DESTINO DO PACIENTE

## Residencia

### 1.1 Alta a pedidos

### Transferência

### 1.1 Desistencia

11 UTR

Qntdo: [ ] Atestado [ ] syn [ ] TMT

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Cx [ ] Casa de Tia/ma [ ] HTF

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

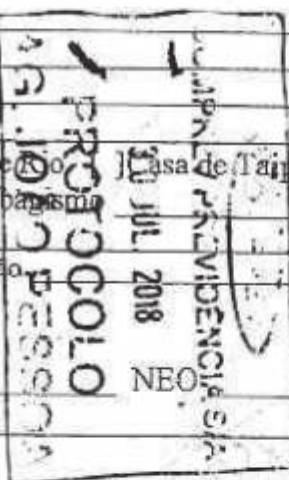
Exercício Físico: \_\_\_\_\_

Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC= \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg  
FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

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

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

Gânglios: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

*Rx*

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

*fatum de todos os artigos*

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

*Trat. hospital*

Carlos Henrique da S. Chaves  
Médico e Diagnóstico  
01/01/2018



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Felipe de Assis Gomes			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data:	09/01/18	Cirurgião:	O Indaloce Pocel	1º Assistente:	Roberto Jún	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
O Fratur dos ossos do antebraço E	552.5

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O molar	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Treatmento cirúrgico de Fratur dos ossos do antebraço E	552.5 - EVIDÊNCIA SAI 30 JUL. 2018 PROTÓCOLO 30.10.2018
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( ) Sim 2 ( ) Não
Biópsia de Congelação:	1 ( ) Sim 2 ( ) Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Obito durante o Ato Cirúrgico	Descrição: CRM 5827 EOT 14247 Dr. Indaloce Pocel Fernandes Ortopedista Cirurgia do Joelho

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Q) Pcte em DDH sob bloqueo, resto
- Q) Goniote à nível da bacia (t)
- Q) Aseps + antisep + CLE

Incisão: Q) Incisão via de Thompson por placa  
24 0520

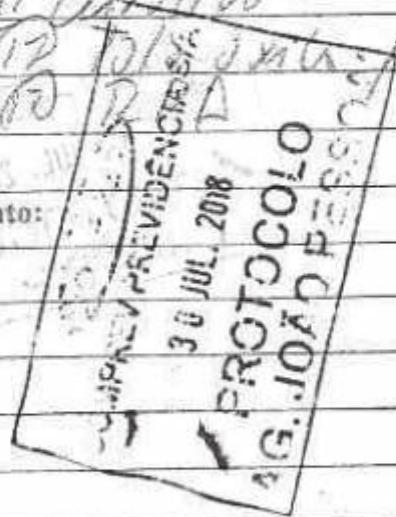
Achados: Q) visualização da fistula direita da rânia  
E) 2 reduções chiasma  
B) Colocação de placa DCP de 7 furos e  
fixação (1) parafuso curto  
3x18 + 3x20 (sob suspi)

Conduta: Q) Incisão longitudinal nos bordos menor  
e redução chiasma

Q) Colocação de placa 13 com os 5 furos  
Q) Fixação (1) parafuso curto 3x18  
n. 16 1x20, 1x24 estouros  
Q) Sutura por placa  
Q) Ceftriaxone

Fechamento:

OBS:



Data: 09/01/18

Dr. Edmundo Pacheco Fernandes  
Ortoped - Traumatologista  
Cirurgia do Ossino  
CNPJ 6227 507 24247  
MÉDICO/CRM



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	Felipe de Assis Green Ferreira			PRONTUÁRIO N°		
IDADE	SENO	GOR	CLÍNICA	ORTO	DNE	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	06/03/18		DATA DE ALTA	11/03/18		
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fractura dos ossos do estribo esq			TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	O IML			CID		
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES	E.F. + Radiográfico					
PROCEDIMENTO REALIZADO	RAFI					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	ADMET + ANALGÉSICO					
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO P.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLTECA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO	

REGISTRO CLÍNICO (ESTRATO, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)  
Felipe Ferreira, com 19 anos, não apresenta mais os sintomas de fratura dos ossos do estribo. Apresenta a cicatriz dos ossos da medicina e não apresenta mais nenhuma queixa.

DIETA:	livre.	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.	30 JUL. 2018 PROTÓCOLO 16.10.2018 ASS. MÉDICO / CRM
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" na ferida, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	colchão soal + RANT + analgésico.	

RETORNO Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do Dr. Indaleu Ferreira em 30 dias para revisão. 15 dias.

Dr. Leonardo Mendes  
Ass. MÉDICO / CRM

ASS. MÉDICO / CRM

11/03/18.  
DATA  
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

**Dra. Arleide Andrade Medeiros**  
**CRM/PB 11.289**

Paciente: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA.

**LAUDO MÉDICO.**

O paciente FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA, foi vítima de acidente de trânsito em 06/01/2018, em decorrência do qual sofreu trauma em membro superior esquerdo, fratura nos ossos do antebraço esquerdo.

Conduzido à unidade de saúde, o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico em 09/01/2018, onde foi realizada a aposição de placas metálicas e parafusos corticais, conforme relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se a intensa limitação motora oriunda da extensão das lesões sofridas, reduzindo a capacidade do paciente para o normal exercício de suas atividades habituais e cotidianas.

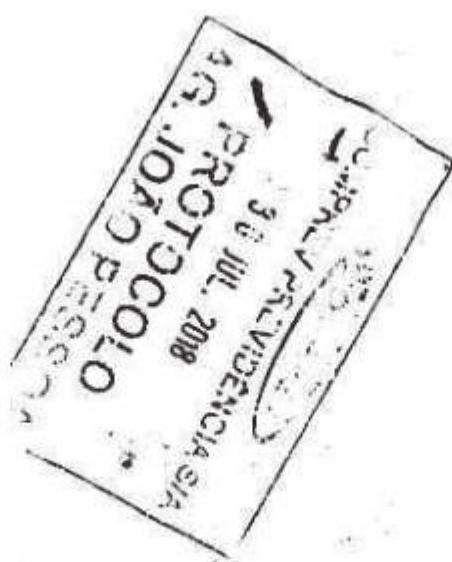
CID 10: S52.5

João Pessoa, 01 de outubro de 2018.

~~Dra. Arleide Andrade Medeiros~~  
Médica  
CRM/PB 11.289

03 OUT. 2013  
PROTOCOLO  
- CONSULTA PESQUISA

VALOR DA TERRA DE TERRITÓRIO NACIONAL		REFEIRA
3.894.244 - 2 VIA CERTIFICAÇÃO		DATA: 26/07/2011
RELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA		NAME
FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA		QUALIFICAÇÃO
JOSEFA GOMES FERREIRA		DATA DE NASCIMENTO
BELÉM-PB		DOC. ORIGINAL
09/10/1993		DATA DE EXPEDIÇÃO
BELÉM-PB		CARROTEIO JOAO PESSOA-PB
NASC.N.72355 PLN.276V LIV.A-69		105.796.354-22
		105.796.354-22
		LEI N° 7.118 DE 28/05/93
		ASSEMBLEIA DO PARÁ





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349672      **Cidade:** Belém      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA      **Data do acidente:** 06/01/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO E URNA ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. ARLEIDE ANDRADE MEDEIROS, CRM 11289, EM 01/10/2018.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

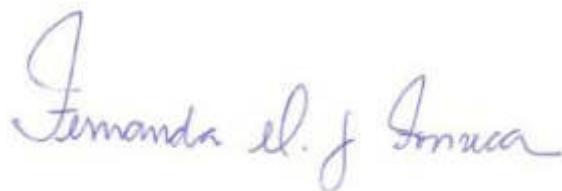
**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277439/18

Número do Sinistro: 3180349672

Vítima: FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

CPF: 105.796.354-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/01/2018

Titular do CPF: FELIPE DE ASSIS GOMES  
FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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: 18/09/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349672      **Cidade:** Belém      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA      **Data do acidente:** 06/01/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO E URNA ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. ARLEIDE ANDRADE MEDEIROS, CRM 11289, EM 01/10/2018.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349672      **Cidade:** Belém      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA      **Data do acidente:** 06/01/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 10/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM ATUAIS, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

## 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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277439/18

**Número do Sinistro:** 3180349672

**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**CPF:** 105.796.354-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/01/2018

**Titular do CPF:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 18/09/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

---

JOSE EDUARDO DA SILVA

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277439/18

**Número do Sinistro:** 3180349672

**Vítima:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**CPF:** 105.796.354-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/01/2018

**Titular do CPF:** FELIPE DE ASSIS GOMES FERREIRA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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: 08/10/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA