
Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 29/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 29/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 29/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000022663-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

103.678.604-81

Nome completo da vítima:

Mauro Gomes do Silva Junior

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

Nome completo:

Mauro Gomes do Silva Junior

Profissão:

aux de instalação K Profº Neuma Ribeiro

Bairro:

Geisel

Endereço:

João Pessoa

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CPF:

103.678.604-81

Nº da

35A

Complemento:

58000-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0037

☐

CONTA: 22663

☐

0

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

☐

(informar o dígito se existir)

CONTA:

☐

(informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias para o pedido.

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário, alfabetizado

Local e Data:

João Pessoa, 10/04/2019

Nome:

Mauro Gomes do Silva Junior

CPF:

103.678.604-81

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Ass: natura

2º Nome:

CPF:

15 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

X *Mauro Gomes do Silva Junior*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03961.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03961.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 10 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Mauro Gomes da Silva Junior**, CPF nº 103.678.604-81, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Auxiliar de Instalação, filho(a) de Maria Parana de Oliveira e Mauro Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/08/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Noêmia Ribeiro, Nº 35, complemento CASA, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Proximo a Farmácia Globo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99851-1996.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo a Bica (jardim Botânico), João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/08/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 29/08/2018 as 08:00hs, foi vítima de acidente de (moto x moto), quando estava guiando a moto Honda Pop 110 I, nao/mod 2018, de placa OFX-9772/pb, chassi. 9C2JB0100JR023572 registrada no Detran/pb em nome de sua tia Josefa Parana de Oliveira. Que a colisão aconteceu na Av. Bandeirante, Bairro Tambiá, quando estava seguindo com a moto sentido bairro Roger, quando de repente outra moto colidiu na traseira, e em seguida o motoqueiro evadiu-se do local, foi socorrido pelo samu para o hospital de mangabeira, la chegando as 09h20min foi atendido e submetido a avaliação medica e exames de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. CID.10 S 52.0

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, 10 de abril de 2019.

JOSÉ INÁCIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação

MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR
Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 03961.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

103.678.604-81

Nome completo da vítima:

Mauro Gomes do Silva Junior

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

Nome completo:

Mauro Gomes do Silva Junior

Profissão:

aux de instalação K Profº Neuma Ribeiro

Bairro:

Genel

Endereço:

João Pessoa

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CPF:

103.678.604-81

Nº da

35A

Complemento:

58000-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 22663

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias para emissão do laudo.

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário, se alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 10/04/2019
Nome: Mauro Gomes do Silva Junior
CPF: 103.678.604-81

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Ass: natura

2º Nome:

CPF:

15 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 03.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/064, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2176791, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MAURO GOMES DA SILVA JÚNIOR** idade 27 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Moto x Moto) no dia 29/08/2018, na Av. Bandeirantes - em frente ao Parque Zoológico Arruda Câmara, Bairro: Tambiá - João Pessoa - aproximadamente às 08:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 27 de Dezembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRESP nº 100.121

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 158624 Atd: Nao Regula
Data: 29/08/2018
Hora: 09:20:11
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ~~XXXXXXXXXX~~ *Qtopud*

FAX: () - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.08.004492

Nome: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR
CNS: 700000083544105 Sexo: M CARTAO SUS: 700000083544105 Fone: 986646967
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/08/1991 Id: 27 ano(s)

End.: RUA PROFESSORA NOEMIA RIBEIRO, 35

Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA GOMES DE OLIVEIRA

Pai: MAURO GOMES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Tel/Doc. Responsavel: 986646967 / CARTAO SUS: 700000083544105

Residência: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO PASSAGEIRO AS 08:00 CENTRO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[X] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO COM, MOTO NEGA DESMAIOM SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

fo Rido dsh *(D)*

Diagnostico

| Conduta

Intern

Prescrição

| Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Daniel Conserva Arruda
MEDICO
CRM 11134

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Med

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: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000022663-0

Nr. da Autenticação D658F07E3B44393B

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

O documento não é segunda-via de conta.

Bônus para simples pagamento de nota fiscal conta de energia elétrica: N° 022.663.632

energisa
SIST. INFORMATIZADO DE CONTABILIDADE

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 226, Km 25 - Centro Redentor - Joazeiro/Paraná - CEP 84071-488
CNPJ 08.095.182/11-40 - INSC. EST. 10.615.322-8

DADOS DO CLIENTE

MAURO GOMES DA SILVA
RUA PROFª NOEMI REBEIRO 35 A
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1731391-7

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

28/03/2019

CONSUMO

224

VENCIMENTO

04/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 206,40

Acesse: www.energisa.com.br

energisa
SIST. INFORMATIZADO DE CONTABILIDADE

DESTAQUE AQUI

MAURO GOMES DA SILVA

Roteiro: 18-003-781-1365

63800000002-3 06400148600-6 17313912019-5 03900002019-6

VENCIMENTO

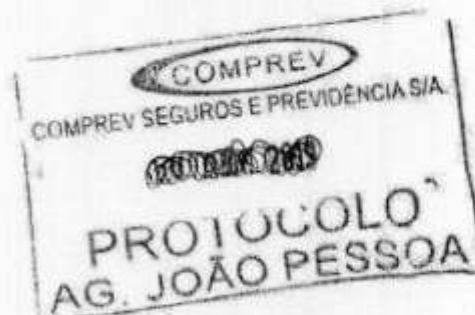
04/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 206,40

MATRÍCULA

1731391-2019-03-9



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 160158230

REAVISO DE CONTA

07 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010-18

Domicílio:

697 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -4,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

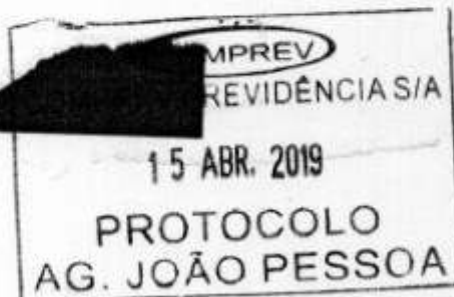
**Para Uso do Entregador**

- ☐ Mudou-se
☐ Endereço Insuficiente
☐ Não Existe o N° Indicado
☐ Desconhecido
☐ Recusado

- ☐ Não Procurado
☐ Ausente
☐ Falecido
☐ Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Ass./ Num. Carteiro:



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/bibliotecaWEB/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 Flaviana da Silva Júnior inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.099.624 / 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maurice Gomes do Silva Junior inscrito
(a) no CPF sob o Nº 103.678.604 / 81 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Maurice Gomes do Silva Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.678.604 / 81, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão:

Renda:

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

☒ Recuso informar

15 ABR. 2019

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>Rua da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

J. Pessoa 10 de 04 de 2019
Local e Data

Flaviana da Silva Júnior
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josefa Perana de Oliveira,
RG nº 1617027, data de expedição 18/02/1991
Órgão SSPB, portador do CPF nº 75372355468, com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Maria do Socorro N. Rocha, nº 123,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Mauro Gomes do Silva Junior cujo o condutor era
Mauro Gomes do Silva Junior

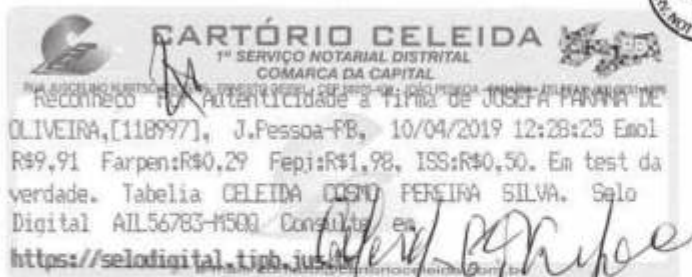
Veículo: MOTO
Modelo: POP 110i
Ano: 2018
Placa: OFX 9772
Chassi: 9C2JB0100JR023572
Data do Acidente: 29 Agosto 2018
Local e Data: R. Professora Bastista Leite, João Pessoa, 10/04/2019



Josefa Perana de Oliveira
Assinatura do Declarante

X _____

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



CERTIDÃO

Nº. 0291/2019

Atendendo solicitação de **MAURO GOMES DA SILVA JR** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº158624 e prontuário nº2018.08.004492 pertencente a paciente que foi atendido dia 29/08/2018 às 09H20min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em antebraço direito.

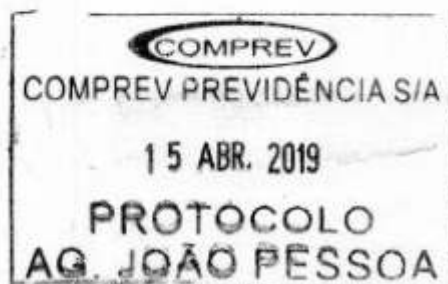
Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/09/2018 com alta médica dia 07/09/2018.

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

João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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



Nome: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR				Registro:	
Idade: 27 A	Sexo: MAS	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 23/08/2018			Cirurgião: ANDRE SIQUEIRA		
1º Assistente: VALDEBAN R1			2º Assistente:		
Anestesista: EUCLIDES			Instrumentador:		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura do Rádio Distal DIREITO

S52.5

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Redução Incruenta + Fixação Percutânea

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não
Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico



SISTEMA DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME: Mary Gomes da Silva DATA: _____
 ESTADO CIVIL: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúva ☐ Desquitada ☐ SEXO: Masculino ☐ Feminino ☒ COR: Branco ☐ Preto ☐ Pardo ☐ Profissão: _____ Idade: _____
 ENDEREÇO: Av. (Rua) _____ HOSPITAL: _____ CATEGORIA: _____
 AIH ☐ CP ☐ MAT ☐ COD ☐ INSC ☐ GIH ☐ OUTRAS ☐ → DIAGNÓSTICO: _____
 OPERAÇÃO REALIZADA: Hidradenoma - Glândula Axilar direita CIRURGIÃO: _____ AUXILIAR: _____
 INÍCIO ANESTESIA: _____ TÉRMINO DA ANESTESIA: _____ DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____ QUANT. DE US (PONTOS): _____ VALOR R\$: _____
GULLINUS NOTEP CPF: _____ CRM-PB: 8466
 HORA: _____ AGENTE: OL

CÓDIGOS	ANESTESIA (A) CIRURGIA (C) PULSO (P)	T. ARTERIAL (T) SISTÓLICA - DIASTÓLICA (M)	RESPIRAÇÃO (R) RESP CONT. (RC)	RESP ASSISTIDA (OA) RESP ESPONTÂNEA (RE)	ENT. OROTRAQUEAL (EOT) ENT. NASOTRAQUEAL (ENT)	INTUBAÇÃO (EXT)
	220	200	180	160	140	120
	100	80	60	40	20	

 PRESSÃO ARTERIAL: _____ PULSO: _____ RESPIRAÇÃO: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____ GRUPO SANGÜÍNEO: _____
 EST. GERAL BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐ RISCO CIRÚRGICO BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐
 EXAMES COMPLEMENTARES: _____ PRÉ-ANESTÉSICO: _____
 EXAMES COMPLEMENTARES: _____
 ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐
 TÉCNICA: Sedação + Analgesia
 MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Propofol	2. Fentanil	3. Lidocaína	4. Diprivan	5. Tilaídem	6. Lidocaína	7. Clonazepam	8.	9.	10.
-------------	-------------	--------------	-------------	-------------	--------------	---------------	----	----	-----

 OBSERVAÇÕES: _____



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Mano Gomes do Silva Jr
Data da Admissão: ____/____/____
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

QPD: Dor em punho @
HDA: Pac com queixas de dor em punho @
após trauma

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ [] HTF
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rios [] Casa de Taipa
[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____
[] Alcoolismo _____
Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente: _____ Pront.: _____ Data: _____
 Hora da admissão: _____ Hora da alta: _____ Enfermeiro: _____
 PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____ Téc. Enf.: _____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2		2		
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2		2		
DISPNÉIA	1				
APNÉIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2		2		
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL	1				
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES 4	2		2		
MOVIMENTO MUSCULAR DE 2	1				
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2		2		
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL					

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA

Anestesiologista

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura do rádio distal DIREITO

Conduta:

Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos

Aposição de DOIS fios de kirschener 2.0II

Procedimento guiado por escopia

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

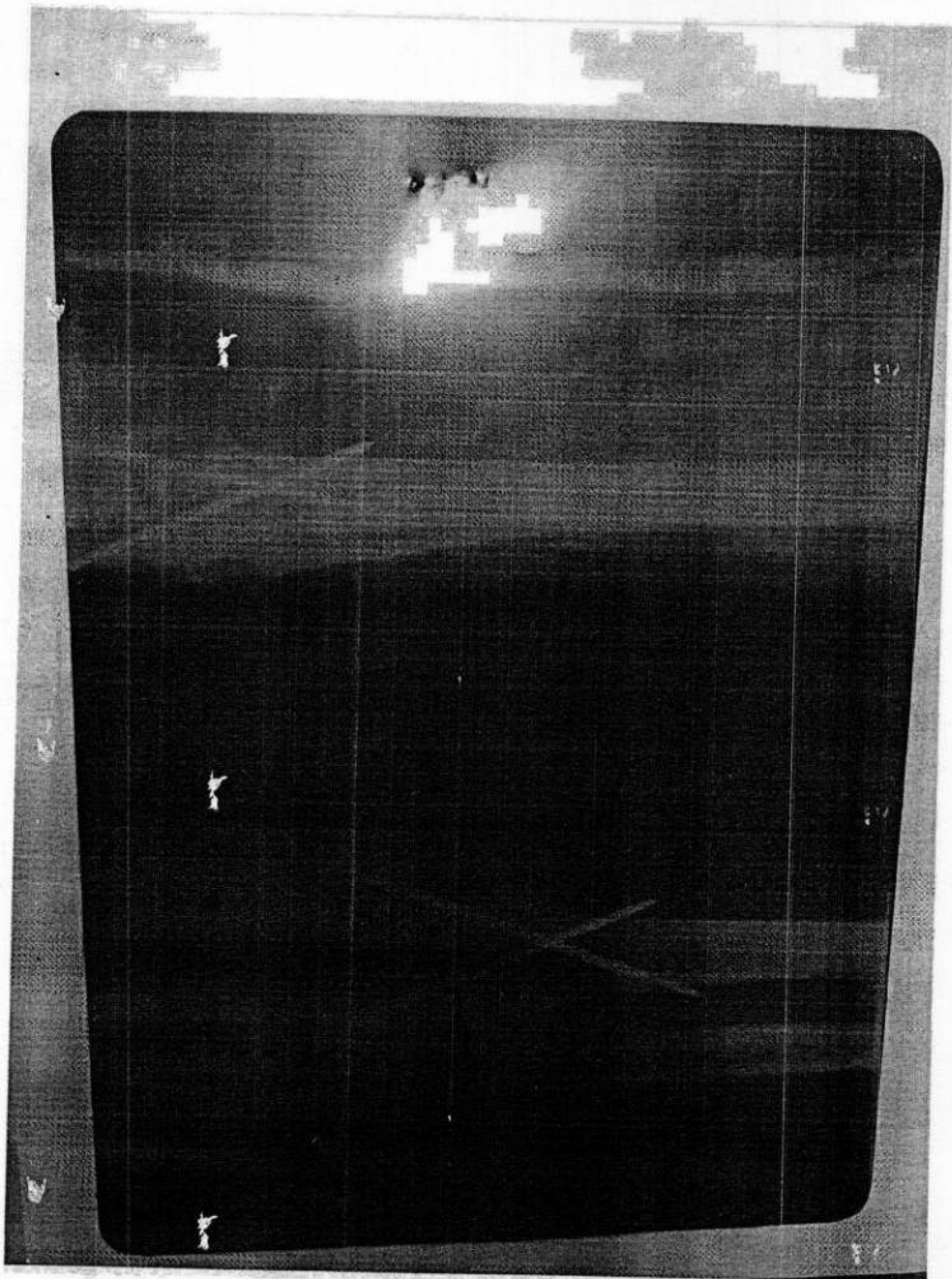
Curativo

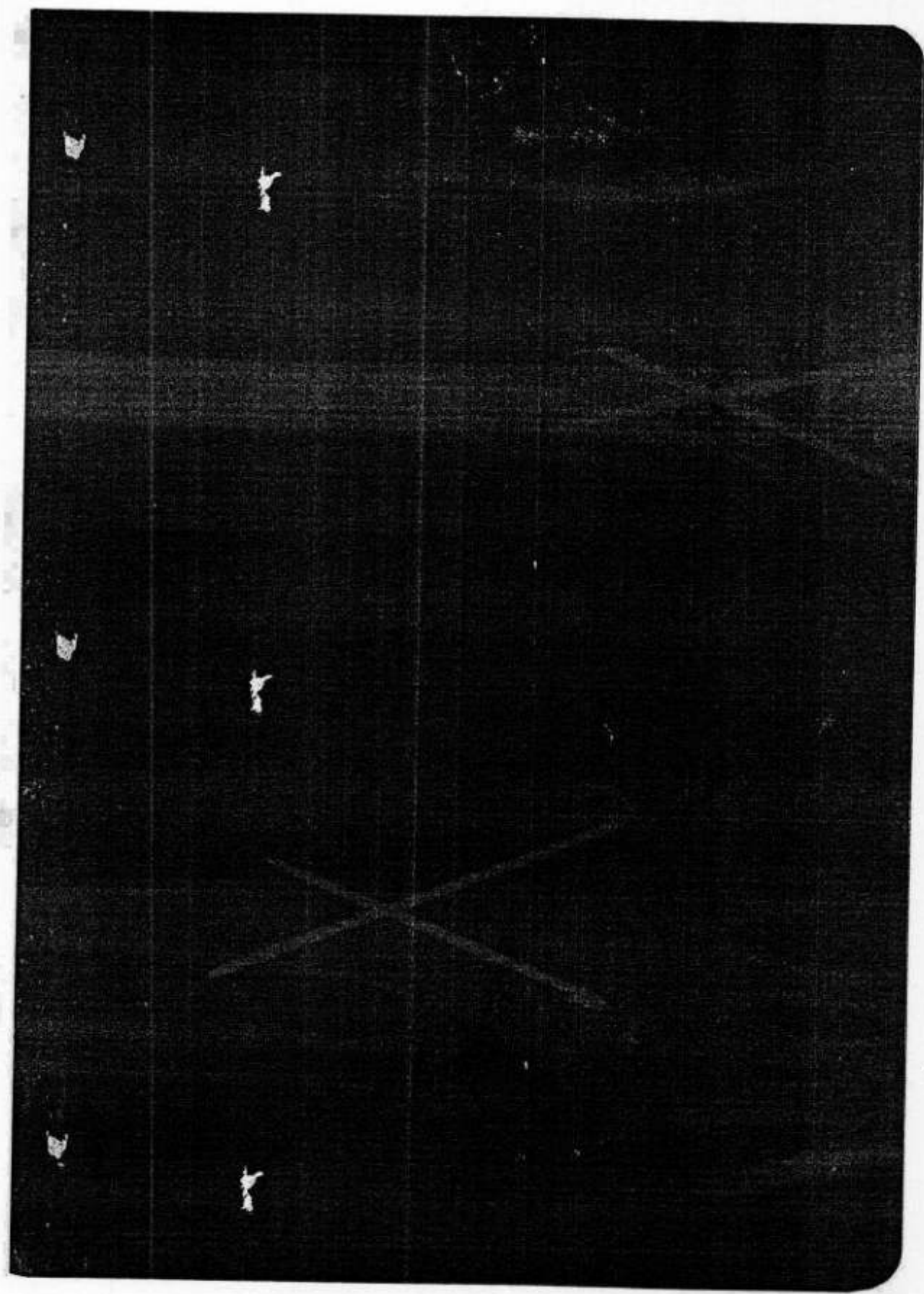
Tala axilopalmar gessada

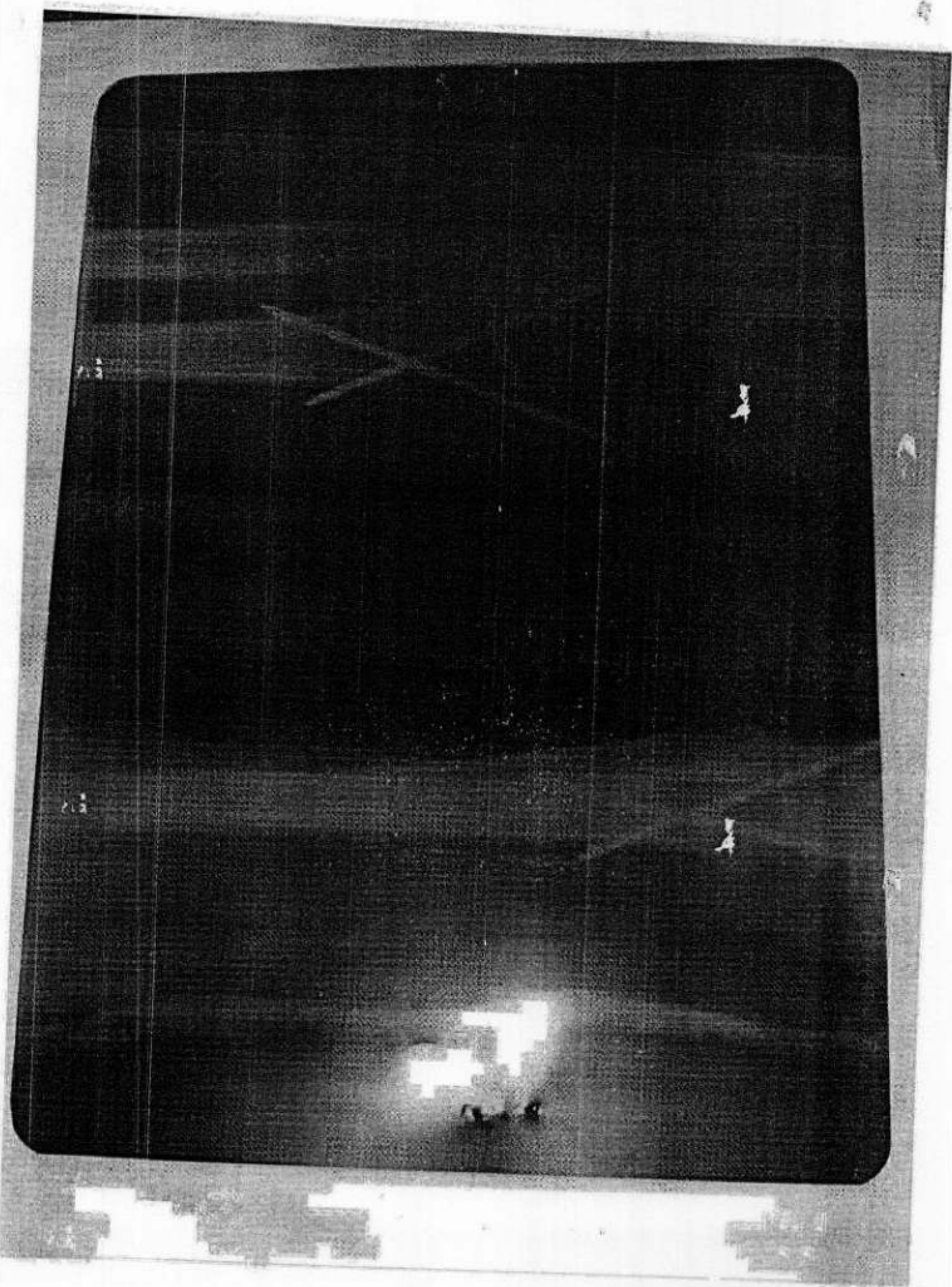
OBS:

Data: 06 / 09 / 2018

[Assinatura]
Dr. Valdean Canabarro Jr.
Médico
CRM-PB 7692
MÉDICO/CRM







ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

Número
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

Naturalidade
JOÃO PESSOA-PB

RG
2871160 - SSP/PB

CPF
15/22011904

DTI
048.079.824-89

DTI
01 12/01/2009

Assinatura
JOSE MARCO PONTES JÚNIOR
PATROCÍNIO

RECIBO
14540

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07841734

USO CANCELADO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
DIN. 13.86.149 Nº 1.111/9-01

Foto

Assinatura do Portador
Flaviana da Silva Câmara

Assinatura

Bar Code

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276708 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276708 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 2 E 7.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

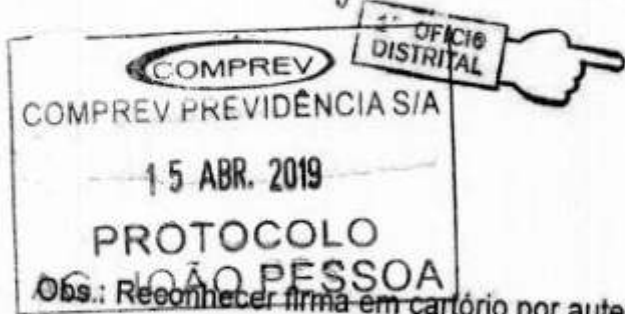
Outorgante: Mauro Gomes da Silva Junior
civil Solteiro profissão aux. de instalação, brasileiro(a), estado
de MG - Recanto Ribeirão nº 35A, residente e domiciliado à Rua
Município de João Pinheiro bairro General
portador(a) do Rg nº 3752756 Estado de(o) PB Cep 58075210
SSP/PB e CPF nº 103.673.604-81

Outorgado: Flaviana do Siqueira Jombrão
estado civil solteira profissão adme brasileiro(a),
Rua da República n° 1 residente e domiciliado(a) à
Município de João Pessoa Estado de (o) PB bairro centro
portador (a) do RG nº 2671190 SSP/ PB e CPF nº 048.079.624-69 Cep: 58010-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Mauricio Gomes da Silva Junior, ocorrido em 28/08/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invidiosa

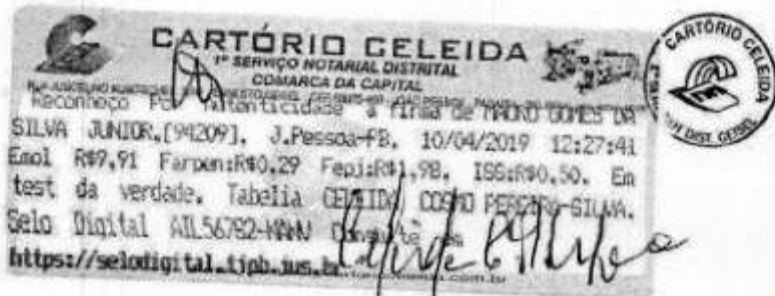
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Feito Pessoa 10 de 04 de 2019.



Outorgante
CPF Nº 20867860488

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127994/19

Número do Sinistro: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

CPF: 103.678.604-81

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 22/04/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127994/19

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

CPF: 103.678.604-81

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2018

Titular do CPF: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR : 103.678.604-81

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: 15/04/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE