
Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190314992

Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RUBIO ALVES DA SILVA

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: 3190314992

Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RUBIO ALVES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190314992

Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RUBIO ALVES DA SILVA

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 ombros
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: RUBIO ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000036765-5

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: 0455988/13 CPF da vítima: 055.240.494-29 Nome completo da vítima: RUBIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo: RUBIO ALVES DA SILVA CPF: 055.240.494-29
Profissão: OP. DE BOTAFOGA Endereço: RUA GLEBKA MARIA BARBOSA Número: 65 Complemento: -
Bairro: JOSE AMÉLIO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58.074-742
E-mail: RDALV@GMAIL.COM Tel (DDD): 81 99811-5088

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)

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 36765
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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
não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa 28-05-2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

RUBIO ALVES DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: 28 Maio 2019

CPF: _____



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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0155998/19 CPF da vítima: 055.240.494-99 Nome completo da vítima: Rubio Alves da Silva

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

Nome completo: Rubio Alves da Silva CPF: 055.240.494-99
Profissão: Operador de Bitumina Endereço: Rua Severina Maria Bonfina Número: 65 Complemento:
Bairro: Jos Américo Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58049-142
E-mail: rubio.ppliat@gmail.com Tel. (DDD): (83) 99811-5088

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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA: 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3396 0 CONTA: 31.311 4

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 (vai 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 não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 09/05/2019

Nome: Rubio Alves da Silva

CPF: 055.240.494-99

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

RUBIO ALVES DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

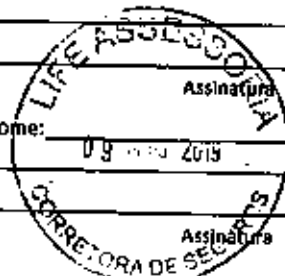
TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:



(*) 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.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

3

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04667.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04667.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:47 horas do dia 02 de maio 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 Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Rubio Alves da Silva**, CPF nº 055.240.494-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Operador de Bitoneira, filho(a) de Margarida Alves de Oliveira e Antonio Alves da Silva, natural de Catarina/CE, nascido(a) em 01/08/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Severina Maria Barbosa, Nº 65, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Próximo Ao Cemitério Parque das Acasia, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98873-982.

Dados do(s) Fatos:

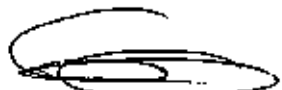
Local: Antes da Lombada Eletrônica do Cuiá, João Pessoa/PB, bairro Cuiá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/02/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

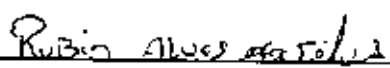
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 10/02/2019, POR VOLTA DAS 06:30 HORAS, ESTAVA TRAFEGANDO NA MOTO DE MARCA-YAMAHA/YBR150 FACTOR ED, COR-PRETA, ANO-2017/2018, PLACA-Ofg6861/PB, CHASSI-9C6RG3140J0009647, O CRLV DA REFERIDA MOTO, SE ENCONTRA EM NOME DE SILVIO BARBOSA DE MELO, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO, VINDO AO CAIR AO SOLO, QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO CIRURGIADO NO DIA 12/02/2019, TENDO ALTA HOSPITAL NO DIA 12/02/2019, COM CID 10 S 22.4 + S 42.0, TENDO ALTA HOSPITAL NO DIA 13/02/2019, PELO MEDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 02 de maio de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


RUBIO ALVES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 04667.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0155998/19 CPF da vítima: 055.240.494-99 Nome completo da vítima: Rubio Alves da Silva

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

Nome completo: Rubio Alves da Silva CPF: 055.240.494-99
Profissão: Operador de Bitomina Endereço: Rua Severina Maria Bonfina Número: 65 Complemento:
Bairro: Jos Américo Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58049-142
E-mail: rubio.ppliat@gmail.com Tel. (DDD): (83) 99811-5088

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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA: 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3396 0 CONTA: 31.311 4

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 (vai 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 não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 09/05/2019

Nome: Rubio Alves da Silva

CPF: 055.240.494-99

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

RUBIO ALVES DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

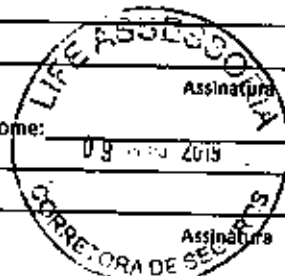
TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:



(*) 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.

Atto Declaratório

Jual

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332168700

Boletim de Atendimento: 1142137



Identificação do paciente			
ID 1374874	Nome RUBIO ALVES DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 04/08/1982	Idade 35 anos 5 meses 9 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA	Pai ANTONIO ALVES DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANTONIA ROBERVANIA - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988624946	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2897375	Nº Cns	
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BARRO	UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CSOR	
Endereço			
CEP 68074742	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SEVERINA MARIA BARBOSA
Número 65	Complemento	Bairro JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA	
Admissão			
Data e Hora 10/02/2019 08:00:14	Número da pulseira 1000007239259	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Orgão do paciente RUA		
Local de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Líquor []		ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por FATIMA BUZZELIA RODRIGUES MARCAL			CID Tempo 01min 30seg



- Imprimindo -

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: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUBIO ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000036765-5

Nr. da Autenticação F54D6CC5FE56695F

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Releia para completo pagamento da nota fiscal/boleto de energia elétrica : Nº 025.343.938



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 250, Km 26 - Distrito Presidente João Pessoa / PR - CEP 84071-830
CNPJ 06.298.141 / 0001-42 Insc. Est. 18.018.825-0

DADOS DO CLIENTE

RUBIO ALVES DA SILVA
RUA SILVEIRA MARIA BARBOSA 23
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1887985-8

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

12/04/2019

CONSUMO

103

VENCIMENTO

22/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 91,52

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

RUBIO ALVES DA SILVA

Registro: 08-805-480-3280

838300000003-4 91520149000-8 18879852019-8 04800005010-4

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA



(83) 99811-5088



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é seguradora de crédito.

Bolero para simples pagamento de nota fiscal/correio de energia elétrica - Nº 024.012.388



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 336, Km 39 - Crista Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58211-800
CNPJ 09.078.183/0001-40 Fone: 3315.3250

DADOS DO CLIENTE
DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO NOBRE COUTINHO 201 50254
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	25/04/2019	172	03/05/2019	R\$ 158,77

Acesse: www.energisa.com.br



Destaque aqui

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Resíduo: 16-408-213-1150

83620000015358770148000-1/10823142019-204400000018-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
03/05/2019	R\$ 158,77	024012388



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

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

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

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

Pelo exposto, eu Domício de Araújo Nobre Lito inscrito (a) no CPF 024.462.104-38 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rubio Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 055.240.494-89 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Rubio Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 055.240.494-29 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

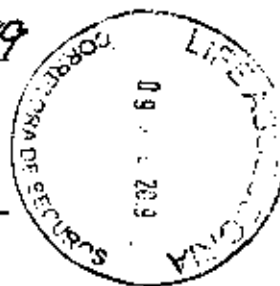
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Francisco Leocádio Ribeiro Coutinho</u>		Número	<u>901</u>	Complemento	<u>36208</u>
Bairro	<u>Bessa</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>Nobre.Dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 99811-5088</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 99811-5088</u>

João Pessoa 02 de maio de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvio Barbosa de Melo,
RG nº 3.114.195, data de expedição 20/01/2009,
Órgão JSP-PB, portador do CPF nº 099.600.184-04 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Seneciara Maria Barbosa, nº 65,
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 Rubio Aluís da Silva, cujo o condutor era
Rubio Aluís da Silva.

Veículo: Han/motocycle 1500 Apr.
Modelo: YAMARA 14 BR 350 FACTOR ED
Ano: 2017/2018
Placa: JG-6863/PB
Chassi: 9C6RG3340J0009647
Data do Acidente: 10/02/2019
Local e Data: João Pessoa, 02/05/2019

Silvio Barbosa de Melo
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Rua José do Patrocínio, 100 - Fone: (33) 3333-1111 - CEP: 55010-000 - JOÃO PESSOA - PB
Reconheço por Autenticidade a firma de SILVIO BARBOSA DE
Melo, [60456], J. Pessoa-PB, 18/02/2019 15:12:27 Eml
R\$9,91 Farpem:R\$0,29 Fepj:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da
verdade. Tabela CELEIDA, 000001 PEREIRA SILVA. Selo
Digital A1F03309-230H Condição de
<https://selo.digital.br/validar>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RUBIO ALVES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 01/08/82
NOME DA MÃE MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.142.137
Nº PRONTUÁRIO 113.957
DATA DO ATENDIMENTO 10/02/19
HORA DO ATENDIMENTO 08:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURAS MÚLTIPAS DE COSTELAS + FRATURA DA CLAVÍCULA E
CID 10 S 22.4 + S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 6 hs, apresentando dor em região do membro superior E + abaulamento próximo clavícula E, além de dor ventilatório dependente. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax
RX do tórax - AP
RX do ombro E - AP e Oblíquo



TRATAMENTO:

Pequeno hemotórax E + fraturas de costelas + fratura da clavícula E à TC e RX. Realizado internamento e tratamento pelo Dr. João Henrique e equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 13/02/19
DATA DA EMISSÃO: 26/04/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
RUBIO ALVES DA SILVA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DIL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: RUBIO ALVES DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1142137
IDADE: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 12/2/2019
CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIÃO: TRATAMENTO CIRURGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA
CIRURGIÃO: DR JOAO HENRIQUE 1º ASS: MR1 DANIEL
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

TRATAMENTO CIRURGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELACÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 12/2/2019

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 41134





Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1142137



Identificação do paciente

ID 1374874	Nome RUBIO ALVES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 36 anos 6 meses 9 dias	Estado civil Solteiro
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA	Pai ANTONIO ALVES DA SILVA	Religião Católico
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANTONIA ROBERVANIA - IRMÃ(MÃE)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986624945	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2697375	Nº Cns
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO

Endereço

CEP 56074742	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SILVERINA MARIA BARBOSA
Número 65	Complemento		Bairro JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA

Admissão

Data e Hora 10/02/2019 06:00:14	Número da pulseira 1000007239259	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL						Tempo 01min 39seg



Imprimir

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente RUBIO ALVES DA SILVA	BAE 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 36a 6m 8d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 986624945
Endereço SEVERINA MARIA BARBOSA, 65	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	Nº Cons. Regional 7733/
Data/Hora Classificação 10/02/2019 08:00:14		Data/Hora Prescrição 10/02/2019 11:38:09	Prontuário

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA NO OMBRO E HÁ HORAS.

COM FRATURA DE CLAVICULA E

CD: INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

GUIDADOS

SSVV + CCGG

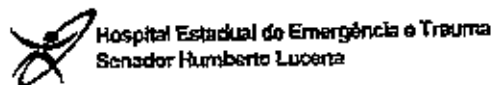
Conduta

Internar Paciente


IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
CRM: 7733/

RUBIO ALVES DA SILVA

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7733/)



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RUBIO ALVES DA SILVA	BAE 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 36a 6m 8d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 986624945
Endereço SEVERINA MARIA BARBOSA, 65	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MOURIBE ARRUDA FELINTO	Nº Cons. Regional 7522/PB
Data/Hora Classificação 10/02/2019 08:00:14		Data/Hora Prescrição 10/02/2019 10:44:18	

Anamnese

#Ortopedia#

- > Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando dor em ombro esquerdo
- > Ao exame dor local e edema
- >> Radiografia evidenciando fratura de 1/3 medio da clavícula esquerda

CD: Imobilização 8

Radiografia de controle

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

Conduta

Em observação

RUBIO ALVES DA SILVA

Mouribe Arruda Felinto
TEN.MED - 101072007551140
MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM-7522/PB)



ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RUBIO ALVES DA SILVA		BAE 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 36a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986624945
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço SEVERINA MARIA BARBOSA, 65		Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE EURIDES LIBERALINO		Nº Cons. Regional 5252/PB
Data/Hora Classificação 10/02/2019 08:00:14			Data/Hora Prescrição 10/02/2019 10:33:03	

Anamnese

#CIRURGIA TORÁCICA#

Paciente vítima de acidente de moto.

RX e TC de tórax 010/02/19: Apresentando fraturas de costelas e clavícula, pequeno hemotórax.

CD:

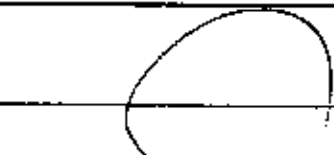
- Analgesia.
- Observação.
- Avaliação pela Ortopedia.

CID10

Código	Descrição
S22.4	Fraturas múltiplas de costelas
S27.1	Hemotórax traumático

Conduta

Em observação


Dr. Jose EURIDES Liberalino
Cirurgia Torácica
CRM-PB 5252

RUBIO ALVES DA SILVA

JOSE EURIDES LIBERALINO
(: 5252/PB)

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RUBIO ALVES DA SILVA		BAE 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 36a 6m 9d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986624945
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA			Prontuário	
Endereço SEVERINA MARIA BARBOSA, 65		Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 10/02/2019 08:00:14			Data/Hora Prescrição 10/02/2019 09:50:44	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA TORACICO A ESQUERDA.
A RADIOGRAFIA É POSSIVEL OBSERVAR FRATURAS DE COSTELAS.
AO EXAME FISICO, NAO É PALPADA CREPTACOES.

CD: SOLITICO TC DE TORAX

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

Conduta

Em observação

Alice Franca Dantas
CIRURGIA MAXILAR
CRM PB 9519
CREMEX 25.372

RUBIO ALVES DA SILVA

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RUBIO ALVES DA SILVA		BAE 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 36a An Os	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988624945
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA			Prontuário	
Endereço SEVERINA MARIA BARBOSA, 85		Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHÃES FRANCA	Nº Carat. Regional 3792PB	
Data/Hora Classificação 10/02/2019 08:00:14		Data/Hora Prescrição 10/02/2019 08:18:48		

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA MAIS OU MENOS 6H. ESTAVA EM USO DE CAPACETE E NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS.
INFORMA DOR EM REGIAO DE MSE, APRESENTANDO ABAULAMENTO PROXIMO DE CLAVICULA, ALEM DE DOR VENTILATORIO DEPENDENTE.

ABDOMEN: FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPACAO

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES.

CD: SOLICITO RX DE FORAX E MSE
AVALIACAO ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (NGTSM)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

RUBIO ALVES DA SILVA

Alice Franca Dantas
CRURGIA VASCULAR
CRM DO RJ
CREMESP 10005
CARLOS ALBERTO DE FRANCA
10005





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSH1

NOME: RUBIO ALVES DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1142137
IDADE: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 12/2/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA
CIRURGIÃO: DR JOAO HENRIQUE 1º ASS: MR1 DANIEL
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 12/2/2019

Daniel Conserva Amada
MÉDICO
CRM 11134



of 1. 2. 3.

Formulário de Anamnese e Exame Físico. Campos preenchidos: Nome do Paciente: RUIBIO ALVES da SILVA; Idade: 36; Sexo: M; Data de Nascimento: 11/11/2007; Endereço: Rua...; Telefone: ...; Ocupação: ...; Motivo da Consulta: ...; História da Doença: ...; Exame Físico: ...; Diagnóstico: ...; Tratamento: ...; Medicamentos: ...; Exames de Laboratório: ...; Encaminhamento: ...



BRASIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA, SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ANTIBIÓTICOPROFILAXIA

Incisão:

INCISÃO DIRETA SOBRE FOCO DE FRATURA

HEMOSTASIA CRITERIOSA

Achados:

REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

FRATURA COMINUIDA

Conduta:

DISSECÇÃO + HEMOSTASIA CRITERIOSA

DIVULSAO DA FASCIA DELTO PEITORAL NO SENTIDO TRANSVERSAL

REDUCAO ABERTA + FIXACAO INTERNA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 10 FUROS

E76 PARAFUSO CORTICAIS

REVISAO DA HEMOSTASIA

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%

Fechamento:

FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS

CURATIVOS ESTEREIS

RX DE CONTROLE

Observação:

TIPOIA



Médico/CRM:

Daniel Costa Arruda
MEDICO
CRM 11134

João Pessoa,

12/2/2019

PatientID: 000000088096
Name: RUBIO ALVES DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 01.08.1982
Age: 36a.

StudyDate:20.02.2019

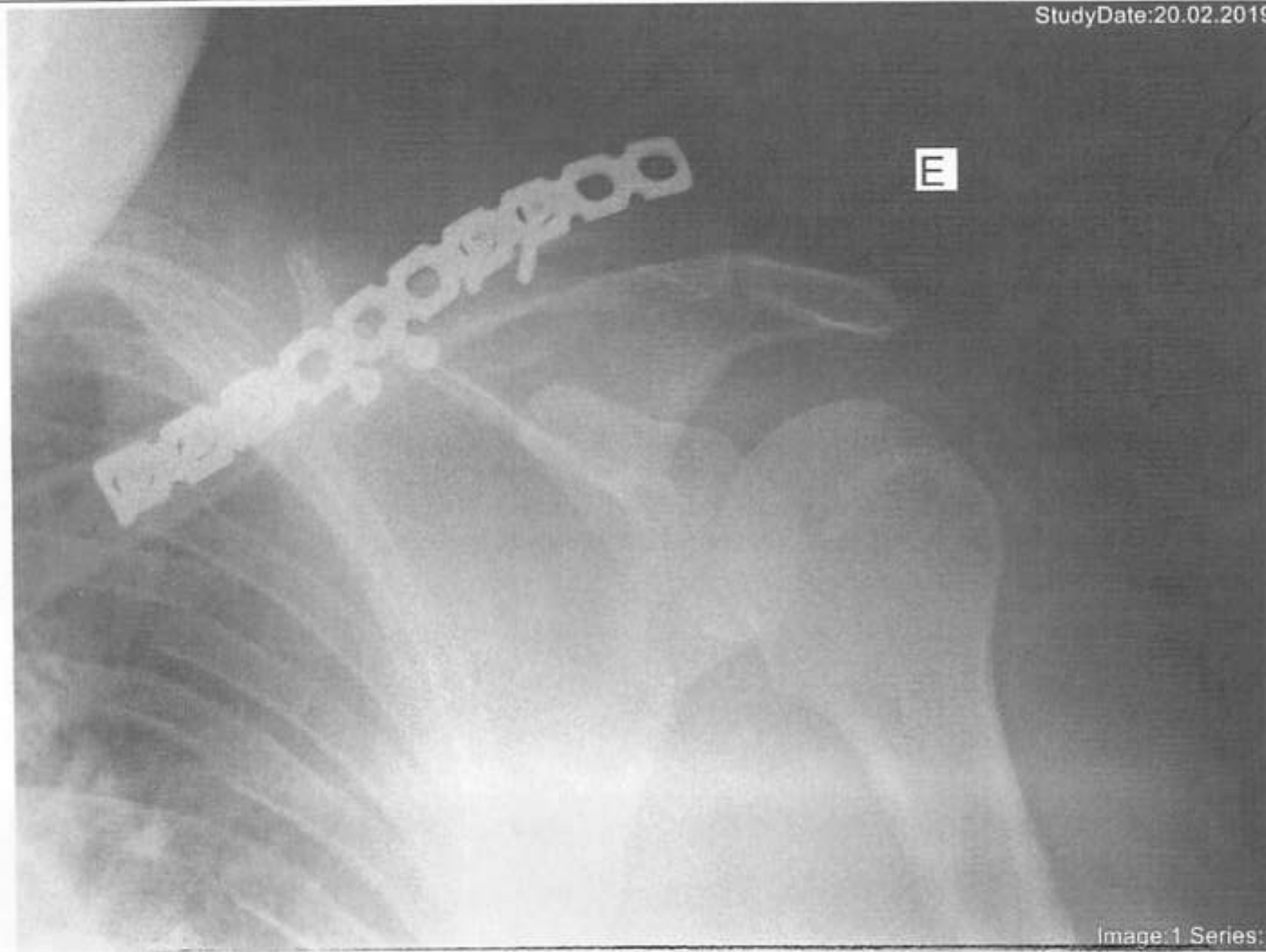
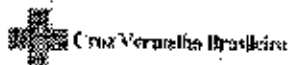


Image:1 Series:1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LUSOIA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332168700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 11/02/2019 06:36:51

Nome RUBIO ALVES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/09/1982	Idade 36	Sexo Masculino	CNS	Promitório 113857
Tempo de Internação 16h 45min		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Internação 10/02/2019 13:51:18	Permanência na Unidade: 22h 38min		Permanência no Leito: 16h 45min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 11/02/2019 06:36:38)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

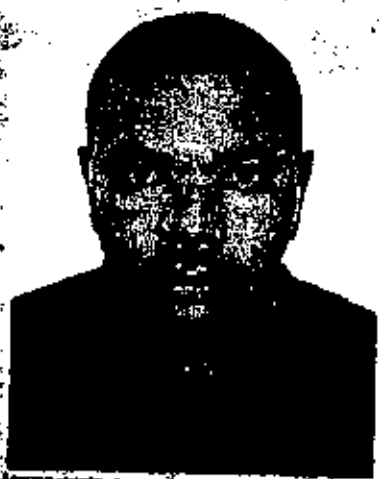
Local: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0005
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Correlato: 4518



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

RUBIO ALVES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / CORREÇÃO DE
2597375 SSP PB

CPF 055.240.494-29 DATA NASCIMENTO 01/08/1982

FILIAÇÃO
ANTONIO ALVES DA SILVA
MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA

RENUNCIADO ACC CATAR
H

REGISTRO
05917150754

VALIDADE
18/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
30/10/2013



Rubio Alves da Silva

ASSINATURA DO DETENTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
19/01/2018

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

61461618288
PB036124397

PARAÍBA

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1631863916

PROTEÇÃO PLÁSTICA
1631863916



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAM. DO VEÍCULO
VIA - COD. RENOVAM. 1 0114080696 0 00/00000000 2019
EXERCÍCIO 2019

SILVIO BARBOSA DE MELO

CPF/CNPJ 09960018407
PLACA UNF UF NOVO PB 9C6RG314030009647
CATEGORIA 9C6RG314030009647

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
YAMAHA/YBR150 FACTOR ED
CAP/FOT/OIL 2 P/149 /CI
CATEGORIA PARTIC
VEIC. COTA UNICA 00/00/0000
TAXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS 0
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
IDF (R\$) 00/00/0000
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 04/01/2019

VEIC. COTA UNICA 00/00/0000
TAXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS 0
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
IDF (R\$) 00/00/0000
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 04/01/2019

A.F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA

JOAO PESSOA - PB
9999999
DATA 04/01/2019
19925

PB Nº 014202865401 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
VISUAL: seguradadulider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 04/01/2019
VIA 1 09960018407
PLACA OFG6861/PB
RENOVAM 01140806960
MARCA/MODELO YAMAHA/YBR150 FACTOR ED
ANO MOD. 2017
NE CHASSI 9C6RG3140J0009647

PREMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
IDF (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
PAGAMENTO
COTA UNICA ☒ PARCELADO ☐
DATA DE OUTRAGA 04/01/2019

SEGURO P A G O

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

19925-1330206-2Q190104



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é substitutivo da conta.

Bolão para simples pagamento da nota descritiva da energia utilizada. Nº 024.012.368



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 220, Km 29 - Orla Radamir - João Pessoa / PB - CEP 58014-000
CNPJ 07.076.183/0001-43 Insc. Est. 16.016.023-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAÚJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEONARDO ROBERTO COUTINHO 201-81-203
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

25/04/2019

CONSUMO

172

VENCIMENTO

03/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 158,77

Acesse: www.energisa.com.br



Destaque aqui

DANILO DE ARAÚJO NOBRE LEITE

Retelão: 18-008-215-1130

83620000001-3 58770148000-1 10823142019-2 034000065019-2

VENCIMENTO

03/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 158,77

MATRÍCULA

10823142019-04-2



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Daniela de Araújo Nobre Leite inscrito(a) no CPF 024.462.164-31,
na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Rubio Alves da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 055.240.494-29 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Rubio Alves da Silva inscrito(a) no CPF sob o Nº 055.240.494-29, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

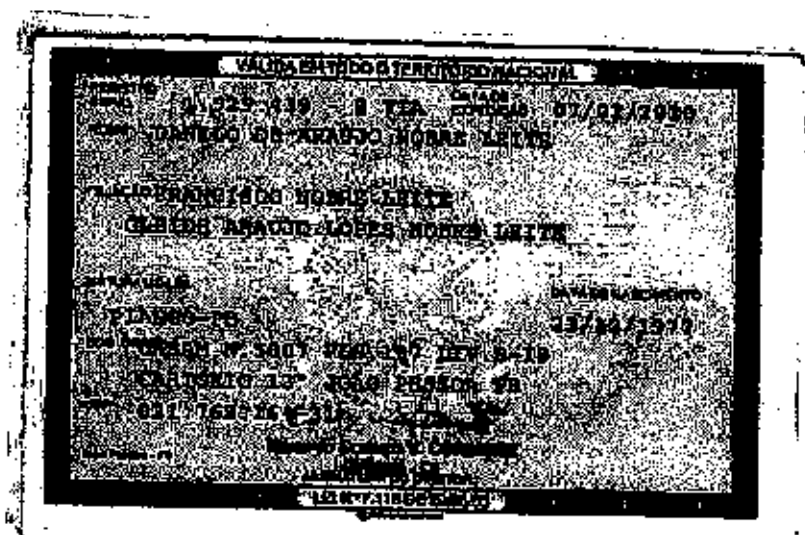
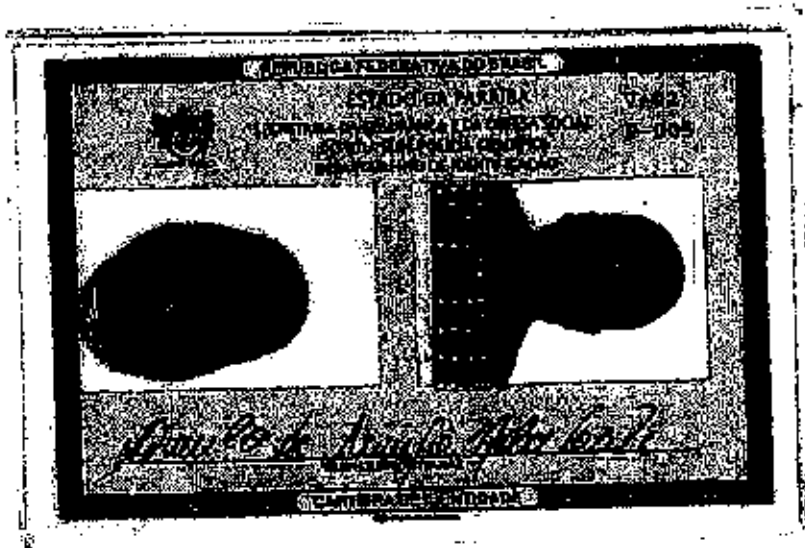
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Francisco Leocádio Rêgo Coutinho</u>		Número <u>901</u>	Complemento <u>5L 208</u>
Bairro <u>Bom</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58036-400</u>
Email <u>Nobre.Dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99811-5088</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99811-5088</u>

João Pessoa 02 de maio de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lúcio Alves da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
Profissão: Op. de Bitomina
Identidade: 2.594.345 CPF: 055.940.494-29
Endereço: Rua Senadora Maria Balsa, 65, J. América, João Pessoa, PB

OUTORGADO:

Nome: Danielo de Araújo Melo Lúcio
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado
Profissão: Procurador
Identidade: 1.989.439 CPF: 021.469.164-31
Endereço: Rua Francisco Leocádio Ribeiro Leal, nº 208, SL 208, João Pessoa, PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima:

Rubio Alves da Silva

Data do sinistro: 10/02/2019 Natureza: Imobilidade

JOÃO PESSOA,

OUTORGANTE:



CPF:

RUBIO ALVES DA SILVA
NOME



OBS: RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE OU VERDADEIRA



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COLEGIADA DA CAPITAL
RECONHECER POR AUTÊNTICIDADE A FIRMA DE RUBIO ALVES DA SILVA, 12/02/2019, J. PESSOA-PB, 02/03/2019, 13:04:32. Esc. R\$9,91. Farpenteiro, 29. Papilista, 198, 155:40-30. Em test. da verdade. Tabela DELEIM OSMO FREIRE SILVA, Seio digital. Alinhado: 4184. Consulte em: <https://serviço-notaral.ceileida.com.br/>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314992 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS). P.13
TRATAMENTO CONSERVADOR DE ARCOS COSTAIS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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 ombros	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: 3190314992 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS). P.13
TRATAMENTO CONSERVADOR DE ARCOS COSTAIS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: LURIO ALVES DA SILVA
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
Profissão: Op. de Bitomina
Identidade: 2.594.345 CPF: 055.940.494-29
Endereço: Rua Seruima, Maria Barboza, 65, José Americano, João Pessoa, PB

OUTORGADO:

Nome: Danielo de Araujo Moleiro Lute
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado
Profissão: Procurador
Identidade: 1.909.439 CPF: 091.469.164-31
Endereço: Rua Francisco Leocadio Ribeiro Guimarães, nº 208, SL 208, João Pessoa, PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT

para a vítima:
Rubio Almeida Silva.
Data do sinistro: 10/02/2019 Natureza: Invalidade

JOÃO PESSOA,

OUTORGANTE:

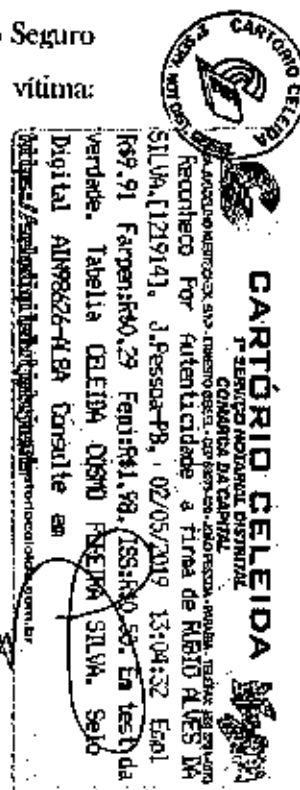


CPF:

RUBIO ALVES DA SILVA
NOME:



OBS: RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE OU VERDADEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155998/19

Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA

CPF: 055.240.494-29

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUBIO ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

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

RUBIO ALVES DA SILVA : 055.240.494-29

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: 09/05/2019
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA