
Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180580291

Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 24/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PETRONIO LEONARDO 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



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: 639.375.814-72 Nome completo da vítima: Petrônio Leonildo de Silva

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

Nome completo: Petrônio Leonildo de Silva CPF: 639.375.814-72

Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Maria Celina Número: 493 Complemento: _____

Bairro: Popular Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58301-075

E-mail: ccf.choo@optul.com 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)

AGÊNCIA: 4914 CONTA: 7472 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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) ☐ 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: Santa Rita - PB, 10 de dezembro de 2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE Ocorrência

N.º 34 /2018

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO

COMUNICANTE: PETRONIO LEONARDO DA SILVA **ESTADO CIVIL:** CASADO **NATURALIDADE:** SANTA RITA-PB **PROFISSÃO:** MOTORISTA **DATA DE NASCIMENTO:** 06/06/1967 **IDADE:** 51 ANOS **RG:** 131.464-9 SSP/PB **CPF:** 639.375.814-72 **FILIAÇÃO:** RAIMUNDO JOSÉ DA SILVA E MARINETE LEONARDO DA SILVA **ENDEREÇO:** RUA MARIA EULINA, Nº. 514, ALTO DA POPULAR, SANTA RITA-PB, CEP 58.301-075. **TELEFONE:** 83-98831-7988 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 24/09/2016 **LOCAL DO FATO:** AVENIDA LIBERDADE, BAYEUX-PB

NARRATIVA: PETRONIO LEONARDO DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 24/09/2016 POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR YBR 125, DE PLACA NQA-2160/PB, CHASSI Nº. 9C6KE1220A0101841, DE SUA PROPRIEDADE PELA AVENIDA LIBERDADE, NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA 06 DE JUNHO E DO BATALHÃO DE POLÍCIA, MAIS PRECISAMENTE ONDE FINALIZA O BAIRRO DE VÁRZEA NOVA DA CIDADE DE SANTA RITA E ONDE SE DÁ INÍCIO A CIDADE DE BAYEUX-PB, MOMENTO EM QUE O NOTICIANTE BATEU CONTRA O MEIO FIO E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA CIDADE DE SANTA RITA E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA (TRAUMINHA), NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 14:28H E SIDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MALEOLO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELA DRA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM: 3883/PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 29 de junho de 2018

Vanildo Wanderley Lins Filho
Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 155.266-1

Petronio Leonardo da Silva

10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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: 639.375.814-72 Nome completo da vítima: Petrônio Leonildo de Silva

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

Nome completo: Petrônio Leonildo de Silva CPF: 639.375.814-72

Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Maria Eulima Número: 493 Complemento: _____

Bairro: Popular Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58301-075

E-mail: ccf.choo@optul.com 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)

AGÊNCIA: 4914 CONTA: 7472 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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) ☐ 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: Santa Rita - PB, 10 de dezembro de 2018

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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.

Kauê
ORTODONTIA



UPA SANTA RITA 24H

ENCAMINHAMENTO

Encaminho a paciente **PETRONIO LEONARDO DA SILVA, 49 ANOS**, CHEGA AO SERVIÇO, APÓS ACIDENTE COM MOTOCICLETA, APRESENTANDO DOR INTENSA EM TORNOZELO DIREITO, INCAPACITANDO A DEAMBULAÇÃO.

SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA ORTOPEDISTA

Santa Rita 24 de SETEMBRO de 2016

Dra. Yole Maria Menezes
MÉDICA
CRM PB 7599 CRM RN 8172

YOLE MARIA

CRM 7599 PB



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: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04914

CONTA: 000000007472-3

Nr. da Autenticação 94B1D02FC24BA111



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6847668

REFERÊNCIA

NOV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARINETE L. DA SILVA

RUA MARIA KULINA, 493 - POPULAR SANTA RITA PB
58301-075

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
003.004.035.0231.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y05X137768	08/05/2007	INTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
1130	1136	6	30	21/12/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 28 PORT. 05/2017 MS.						
OUT/2018	7	PARÂMETROS		EXTG.	ANALIS.	CONFORMES
SET/2018	7	TURBIDEZ		0	0	0
JUL/2018	8	CLORO		0	0	0
JUN/2018	7	COL. TERHOT		0	0	0
MAR/2018	7	COR		0	0	0
ABR/2018	3	COL. TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)	6	DADOS REFERENTES A: SET/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 22/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:02:26

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

6 M3

37,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONTRIB. LEE 12.741/12

VENCIMENTO:

03/12/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO
DE 2018 RESERVISTA, APRESENTAR SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR"

COMPREV
COMPREV SECUNDOS E PREVIDENCIA S/A
10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6847668

REFERÊNCIA

NOV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARINETE L. DA SILVA

RUA MARIA KULINA, 493 - POPULAR SANTA RITA PB

58301-075

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
003.004.035.0231.000		000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y05X137768	08/05/2007	INTERNO	LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
1130		1136	6		30		21/12/2018
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 28 PORT. 05/2017 MS.							
OUT/2018	7	PARÂMETROS		EXTG.	ANALIS.	CONFORMES	
SET/2018	7	TURBIDEZ		0	0	0	
JUL/2018	8	CLORO		0	0	0	
JUN/2018	7	COL. TERHOT		0	0	0	
MAR/2018	7	COR		0	0	0	
ABR/2018	3	COL. TOTAIS		0	0	0	
MEDIA(M)		6	DADOS REFERENTES A: SET/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 22/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:02:26

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

6 M3

37,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

03/12/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO TATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018 RESERVISTA, APRESENTAR SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR"

COMPREV
COMPREV SECUNDOS E PREVIDENCIA S/A
10 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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 Adilson Luiz de Oliveira Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sérgio Henrique de Andrade Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.205.494 / 39 do sinistro de DPVAT cobertura Impedido da Vítima Sérgio Henrique de Andrade Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.205.494 / 39, 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>Avenida Colombo</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.odiv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>

João Pessoa - PB, 10 de Dezembro de 2018
Local e Data

Adilson Luiz de Oliveira Coutinho
Assinatura do Declarante



18

CERTIDÃO

Nº. 0631/2018

Atendendo solicitação de ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº889530, e prontuário de Nº 2016.09.2256 pertencentes a PETRONIO LEONARDO DA SILVA que foi atendido dia 24/09/2016 às 14H28min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

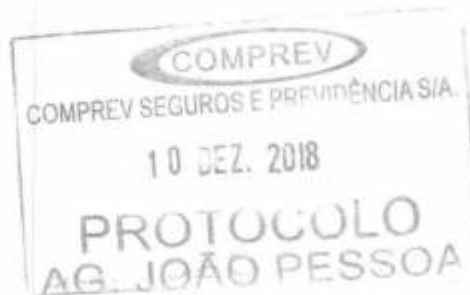
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maleolo direito. Realizado tratamento conservador e alta medica dia 28/09/2016.

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

João Pessoa, 20 de abril de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58066-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 889530 Atd: Nao Regula
Data: 24/09/2016
Hora: 14:28:18
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: PETRONIO LEONARDO DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1314649 Fone: 38317989
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 06/06/1967 Id: 49 ano(s)
End.: RUA MARIA EULINA 493SEM CARTAO DO SUS
Bairro: ALTO DAS POPULARES Cidade: SANTA RITA UF: PB
Pai: RAIMUNDO JOSE DA SILVA
Mae: MARINETE LEONARDO DA SILVA
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: EMFERMEIRA MICHERLINE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Precedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.09.002256

Transporte utilizado: VEIO NA MABULANCIA VINHA DO TRABALHO
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO BAIRRO VARZEA NOVA PROX DO
Vitima de violência por: BATALHAO DE POLICIA HJ AS 12/ HS CONDUTOR MORENO
☐ Caso Policial

E-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	☐ Aparentemente Bem	☐ Grave
FC:	TP:	☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
Peso:	Altura:	☐ Hemorragia	☐ Dispineia
Glicemia:	IMC:	☐ Diarreia	☐ Agitado
Circ. Abd:	O2%:	☐ Regular	☐ Chocado
		☐ Vomito	

Queixa Principal

Observacao

Trauma em tornozelo d. Ent: Karina Cam
Acidente de moto, trauma no tornozelo
direito. Subluxação do tornozelo d. COREN 272712

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

1º atendimento pelo Dr. Milvan. Rx + 2
Fratura de metacarpo proximal + metacarpo proximal
Fratura fibula alta.

Diagnostico Fr. Tornozelo d. Conduta Intensa

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

10 DEZ. 2018

Dr. Rodrigo Carlos de Amorim
Oncologista e Cirurgião
CRM-PB 48477-1 EOR 8331
PROTOKOLO
JOAO PESSOA

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
[] IML 10 JEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[Assinatura]
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 24/09/16

Nome: Petrônio Leonardo da Silva
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: _____

HDA: _____

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 ☐ Melenas ☐ 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 PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
10-327-2018



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Petronio Leonardo da Silva				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	49a	SEXO	M.	COR		LEITO

DATA DE ADMISSÃO	24/09/2016	DATA DE ALTA	28/09/2016	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
------------------	------------	--------------	------------	----------------------	--

DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura de diáfise de fêmur B		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Fratura de malleolo posterior (conservado)			

OUTROS DIAGNÓSTICOS	Fratura de malleolo posterior (conservado)		
PRINCIPAIS EXAMES	RX.		

PROCEDIMENTO REALIZADO:	
-------------------------	--

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	Gess PTB.
---------------------------	-----------

ANATOMIA PATOLÓGICA	
---------------------	--

INFECÇÃO P.O.	☐ SIM	☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM	☐ NÃO
---------------	------------------------------	---	--------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA	
-------------------------	--

EVOLUÇÃO DA ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO
------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
----------------	---

H2 conservado c/ PTR (Rodrigo Amaral)	
---------------------------------------	--

DIETA:	livre	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
--------	-------	----------------------

REPOUSO:	Relativo em casa por 15 dias	
	Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias	
	Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 60 dias	

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
-----------------------------------	---

MEDICAÇÕES PARA CASA:	
-----------------------	--

RETORNO	Ao posto de saúde em 21 dias para retirada de pontos.	
	Ao Ambulatório do 01/11 em 30 dias para revisão	

DATA	28/09/2016	Dr. Alexandre Galvão
		Ortopedia e Traumatologia
		CRM 912838 TO 9603
		ASS. MÉDICO / CRM

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

MODELO PREV. 13 JUL 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME PETRONIO LEONARDO DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE 1314649 SSP PB	CPF 639.375.814-72
DATA NASCIMENTO 06/06/1967	
PLACAO RAIMUNDO JOSE DA SILVA MARINETE LEONARDO DA SILVA	
PERMISSÃO PROVISÓRIA	ACC AC
Nº REGISTRO 04118897269	VALIDADE 11/03/2019
1ª REGISTRAÇÃO 15/10/1986	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA:	
Assinatura do Portador <i>Petronio Leonardo da Silva</i>	
LOCAL JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 14/03/2014
Assinatura do Emissor <i>Rodriges Carneiro</i>	
71144529838 PB027990567	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
894276828

PROMISSÃO PLASTIFICAR
894276828

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013928896788
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0017949667-0 R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
PETRONIO LEONARDO DA SILVA

CPF / CNPJ 63937581472 PLACA NQA2160/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C6KE1220A0101841

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YER125 K ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º
FAIXA IRVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º
A ***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 11/12/2017

OBSERVAÇÕES
A.F BANCO ITAUCARD S/A

LOCAL BAYEUX-PB DATA 13/12/2017

32280

9536

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013928896788 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/12/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 63937581472 PLACA NQA2160/PB

RENAVAM 00179496670 MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YER125 K

ANO FAB. 2009 CAT. TAR. 9 Nº CHASSI 9C6KE1220A0101841

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 11/12/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.365.800/0001-04

9536-1354448-20171213



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580291 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580291 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Petronio Leonardo da Silva</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Divorçado</u>
PROFISSÃO:	<u>Motorista</u>	Nº DO RG:	<u>04318897269</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>Detran-PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>14/03/14</u>
Nº DO CPF:	<u>639.375.814-72</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Maria Celina</u> <u>nº 493, Populor, Santo Rito-PB, CEP 58301-075</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Petronio Leonardo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

João Pessoa - PB, 07 de Dezembro de 2018. 10 DEZ. 2018

Petronio Leonardo da Silva
Outorgante

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CARLOS ULYSSES SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO
Av. Epitácio Pessoa, 105 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58.000-000
Fone: (83) 3222-2280 - TITULAR: Bel. Walter Ulysses de Carvalho

Reconheço por Autenticidade a firma de
PETRONIO LEONARDO DA SILVA conforme
autógrafo arquivado 58982; Dou fé
João Pessoa-PB, 07/12/2018. Josivaldo Joaquim de Santana
- Escrevente

Selo: AHQ78076-LQEL, consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445800/18

Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

CPF: 639.375.814-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/09/2016

Titular do CPF: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

PETRONIO LEONARDO DA SILVA : 639.375.814-72

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: 10/12/2018
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA