

---

**Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190138886**

**Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA**

**Data do Acidente: 31/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS 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, 18 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138886**

**Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA**

**Data do Acidente: 31/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS DA SILVA**

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138886**

**Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA**

**Data do Acidente: 31/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS DA SILVA**

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

Boletim de ocorrência

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190138886**

**Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA**

**Data do Acidente: 31/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS DA SILVA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190138886 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALDO CESAR MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 31/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

026.357.234-00

Aldo Cesar Martins da Silva

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

Nome completo Aldo Cesar Martins da Silva		CPF titular da conta 026.357.234-00	Profissão Téc de Panificação
Endereço R. Santa Rita		Número 119	Complemento
Bairro São Bento	Cidade Bayeux	Estado PB	CEP 58305-090
Email		Telefone (DDD) (83) 99105-5363	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0037 D/V. CONTA NRO. 22450 D/V. 6  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)  
 BANCO Nome: COMPREV PREVIDENCIA S/A NRO.  
 AGÊNCIA NRO. 2 D/V. CONTA NRO. D/V.  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 20 de agosto de 2018  
 Local e Data

Aldo Cesar Martins da Silva  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01344.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01344.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:22 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Aldo Cesar Martins da Silva**, CPF nº 026.357.234-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Panificação, filho(a) de Maria do Socorro de Carvalho e Agenor Martins da Silva, natural de Ares/RN, nascido(a) em 23/03/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Santa Rita, Nº 119, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Mercadinho Varejão Mini Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-4218.

**Dados do(s) Fatos:**

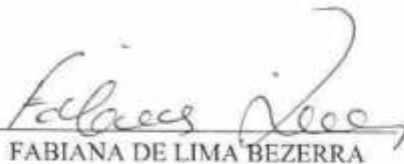
Local: Rua Rodrigues de Aquino X Av. Marechal Almeida Barreto, Perto do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PRETA, 2016/2016, PLACA QFN2675/PB, CHASSI 9C2KC2200GR127826, registrada em nome do noticiante, pela Av. Marechal Almeida Barreto quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Rodrigues de Aquino foi atingido na lateral direita por um CARRO CORSA SEDAN, PRATA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual avançou o sinal vermelho; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0861/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido para o Hospital de Trauma, sendo transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

  
ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 01344.01.2018.1.00.420





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01344.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01344.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:22 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Aldo Cesar Martins da Silva**, CPF nº 026.357.234-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Panificação, filho(a) de Maria do Socorro de Carvalho e Agenor Martins da Silva, natural de Ares/RN, nascido(a) em 23/03/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Santa Rita, Nº 119, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Mercadinho Varejão Mini Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-4218.

**Dados do(s) Fatos:**

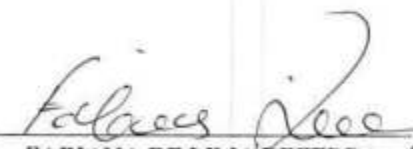
Local: Rua Rodrigues de Aquino X Av. Marechal Almeida Barreto, Perto do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

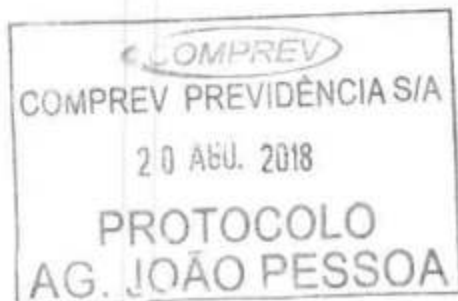
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PRETA, 2016/2016, PLACA QFN2675/PB, CHASSI 9C2KC2200GR127826, registrada em nome do noticiante, pela Av. Marechal Almeida Barreto quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Rodrigues de Aquino foi atingido na lateral direita por um CARRO CORSA SEDAN, PRATA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual avançou o sinal vermelho; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0861/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido para o Hospital de Trauma, sendo transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
ALDO CESAR MARTINS DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01344.01.2018.1.00.420



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01344.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01344.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:22 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Aldo Cesar Martins da Silva, CPF nº 026.357.234-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Panificação, filho(a) de Maria do Socorro de Carvalho e Agenor Martins da Silva, natural de Ares/RN, nascido(a) em 23/03/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Santa Rita, Nº 119, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Mercadinho Varejão Mini Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-4218.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Rodrigues de Aquino X Av. Marechal Almeida Barreto, Perto do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

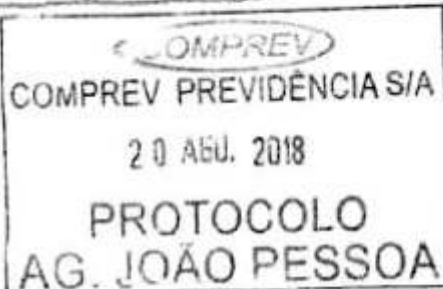
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PRETA, 2016/2016, PLACA QFN2675/PB, CHASSI 9C2KC2200GR127826, registrada em nome do noticiante, pela Av. Marechal Almeida Barreto quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Rodrigues de Aquino foi atingido na lateral direita por um CARRO CORSA SEDAN, PRATA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual avançou o sinal vermelho; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0861/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido para o Hospital de Trauma, sendo transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.

*Fabiana de Lima Bezerra*  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

*Aldo Cesar Martins da Silva*  
ALDO CESAR MARTINS DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01344.01.2018.1.00.420

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

*Aldo Cesar M. da Silva*

CPF da Vítima

*026.357.234-00*

Data do Acidente

*31/01/18*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

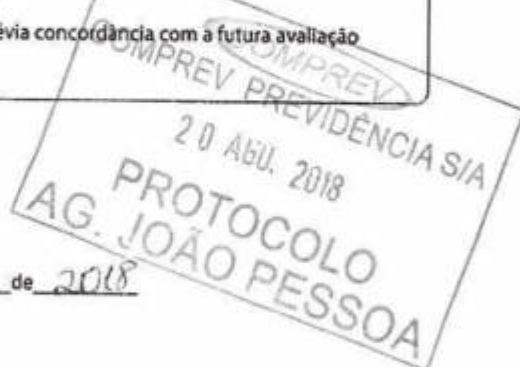
*João Pessoa, 20 de agosto de 2018*

Local e Data

*Aldo Cesar Martin da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
84 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1930  
CNEJ:

Ficha Nr: 99040 Atd: Nat  
Data: 31/01/2018  
Hora: 14:57:40  
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL  
Clinica: CIRURGICA

DO PACIENTE

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.004408

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2073051 Fone: 986234218

al: AREZ/RN Data Nasc.: 23/03/1979 Id: 38 ano(s)

AVENIDA SANTA RITA, 119

o: SAO BENTO Cidade: BAYEUX UF: PE

MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO

Pai: AGENOR MARTINS DA SILVA

SEM INFORMACAO Etna: SEM INFORMACAO

ção: TECNICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Doc. Responsavel: 986234218 / IDENTIDADE: 2073051

cia: RUA

izado: VEICULO PROPRIO

porte: COL. CARRO/MOTO

acidente por: AS 06:50

violência por: NO CENTRO DE JP/ A CAMINHO DO TRABALHO

aso Policial

CONSULTA

de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Altura: 1.70

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

ma:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Abd:

O2%:

[X] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Principal

ENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA COM FRATURA  
TA DE TORNOZELO DIREITO

Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente reativo de nível de alerta com  
fórmula em termoglo

ostico Ruhlbaum

Conduta

Rx

arrefrida

Alta da cirurgia

ricas # 01/06/2018

Horario da medicacao

31/01/18 -> 16:30

FRATURA CX DESTA DE T2 @ 11 ± 9 N

Dr. Frederico Boultreau

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
20 ASU, 2018

PROTOCOLO

JOAO PESSOA

610 11 1111

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

# 01/09/2018 # 30/08/2018 # 15:00

Paciente com quadro de hipertensão arterial sistólica

100 mmHg, em repouso, com tratamento medicamentoso em uso.

Exames | Dose | Horário | Evolução

Medicamentos: 100 mg de Lisinapril 1x1

At. Ao Sr. Carlos, para ser realizado o exame de sangue e urina, conforme orientação do Dr. Roberto, nos dias 30/08/2018 e 01/09/2018.

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

com o Dr. Roberto e Dr. Carlos

DO DO PACIENTE

Residência

[ ] Transferido

[ ] Desistência

[ ] UTI

Em atendimento

[ ] Enfermaria

Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Dr. Aldo César Martins da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

AC. JOAO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 AGO. 2018

AC. JOAO PESSOA





GTC RECIFE PE PL7



ALDO C M D SILVA  
AVEN SANTA RITA 119  
SAO BENTO  
58305-090 BAYEUX PB



Venc. pelo  
20/04/2018  
Posição  
29/04/2018  
DIG 011015

Titular: ALDO C M D SILVA  
Cartão: XXXX.XXXX.XXXX.X110

Vencimento	Saldo a Pagar R\$	Parcelamento de Fatura até o Vencimento	Outras opções de Parcelamento de Fatura até o Vencimento	Parcelamento Automático Antecipado Após o Vencimento
20/04/2018	208,20	ou 15x de R\$ 56,10	ou na folha anexa ou na	Pague qualquer valor igual ou acima de R\$ 56,10

## Fatura Mensal

PÁGINA 1/2

**RCHLO**

RIACHUELO

**MIDWAY**

FINANCEIRA

**VISA**

Resumo das Despesas - R\$	
Saldo Anterior	11 1,80
• Pagamentos/Créditos	2 1,80
• Encargos	1,00
• Despesas/Débitos no Brasil	3 1,20
• Despesas/Débitos no Exterior	1,00
• Saldo desta Fatura	3 1,20

Caso você possua opção de parcelamento automático, pague qualquer valor acima da opção da parcela citada no BOX DE PARCELAMENTO AUTOMÁTICO que a diferença será parcelada com juros em até 15x fixo valor de parcela mínima de R\$ 5,00. Essa opção é válida até 15 dias após o vencimento. Encargos por atraso e IOF referente ao período, serão calculados no cálculo do financiamento. Multa contratual por atraso será debitada integralmente na próxima fatura.

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
23 ASU. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## CERTIDÃO

Nº. 0861/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA 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 Nº 99040 e Prontuário nº 2018.01.004136, pertencentes a **ALDO CESAR MARTINS DA SILVA** que foi atendido dia 31/01/2018 às 14H57min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

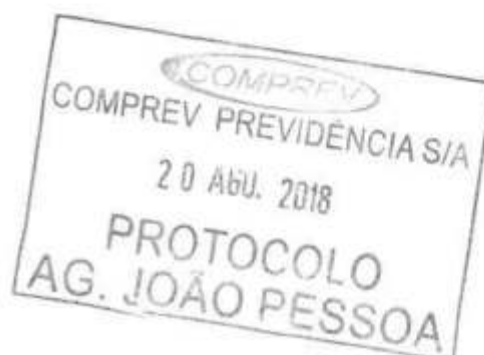
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo direito. Feito limpeza e imobilização.

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

João Pessoa, 19 de junho de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
XO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
84 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1930  
- CNFJ:

Ficha Nr: 99040 Atd: Nac  
Data: 31/01/2018  
Hora: 14:57:40  
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL  
Clinica: CIRURGICA

DO PACIENTE  
ALDO CESAR MARTINS DA SILVA  
SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2073051 Fone: 986234218  
al: AREZ/RN Data Nasc.: 23/03/1979 Id: 38 ano(s)  
AVENIDA SANTA RITA, 119  
o: SAO BENTO Cidade: BAYLUX UF: PE  
MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO  
SEM INFORMACAO Etna: SEM INFORMACAO  
ção: TECNICO SEM ESPECIFICACAO  
MACOES DE ENTRADA  
ALDO CESAR MARTINS DA SILVA  
Doc. Responsavel: 986234218 / IDENTIDADE: 2073051

Pai: AGENOR MARTINS DA SILVA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

cia: RUA  
izado: VEICULO PROPRIO  
porte: COL. CARROXMETO H  
cidente por: AS 06:50  
violência por: NO CENTRO DE JP/ A CAMINHO DO TRABALHO  
aso Policial

CONSULTA  
de Classificação de Risco: AMARELO  
FR:  
TP:  
Altura:  
IMC:  
O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Principal  
ENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA COM FRATURA  
TA DE TORNOZELO DIREITO

Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente relata de queda de muito tempo  
pulsos em tornozelo

ostico Roldraum

Conduta

Rx  
artrite  
Alto da cirurgia

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
20 Abr. 2018

Horario da medicacao

PROTOCOLO  
JOAO PESSOA

31/01/15 → 16:30

FRATURA CX Dextra de TAT @ A1 ± 9H

Dr. Frederico Boultreau

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

# 01/08/2018 # 340118 # 13:00

Reunio com grupo de port. e port. e port.

10/08/2018, em...

icamentos | Dose | Horário | Evolucao

Mais de 10 dias de tratamento de port.

Dr. Roberto Augusto, médico em sala  
no momento e instruções de Dr.  
Autorizada. Reservado p/ liberação por parte de...

assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

O DO PACIENTE

sidencia

[ ] Transferido

[ ] Desistência

ta a pedido

[ ] Enfermaria

Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Dr. Aldo César Martins da Silva

natura do Pac. ente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

AC. JOAO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
20 AGO. 2018





### Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares:

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

Dislipidemias \_\_\_\_\_

### Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

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

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

Gânglios: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

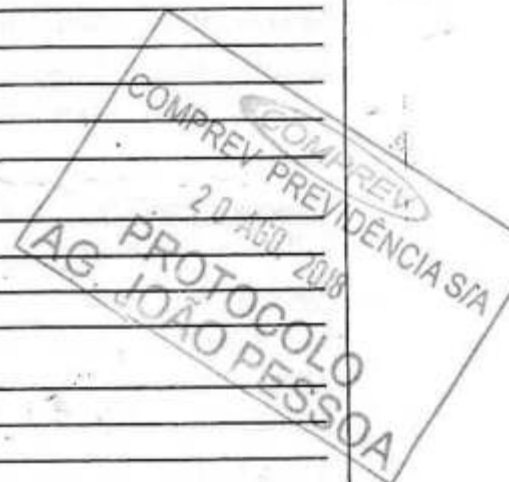
SME: \_\_\_\_\_

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

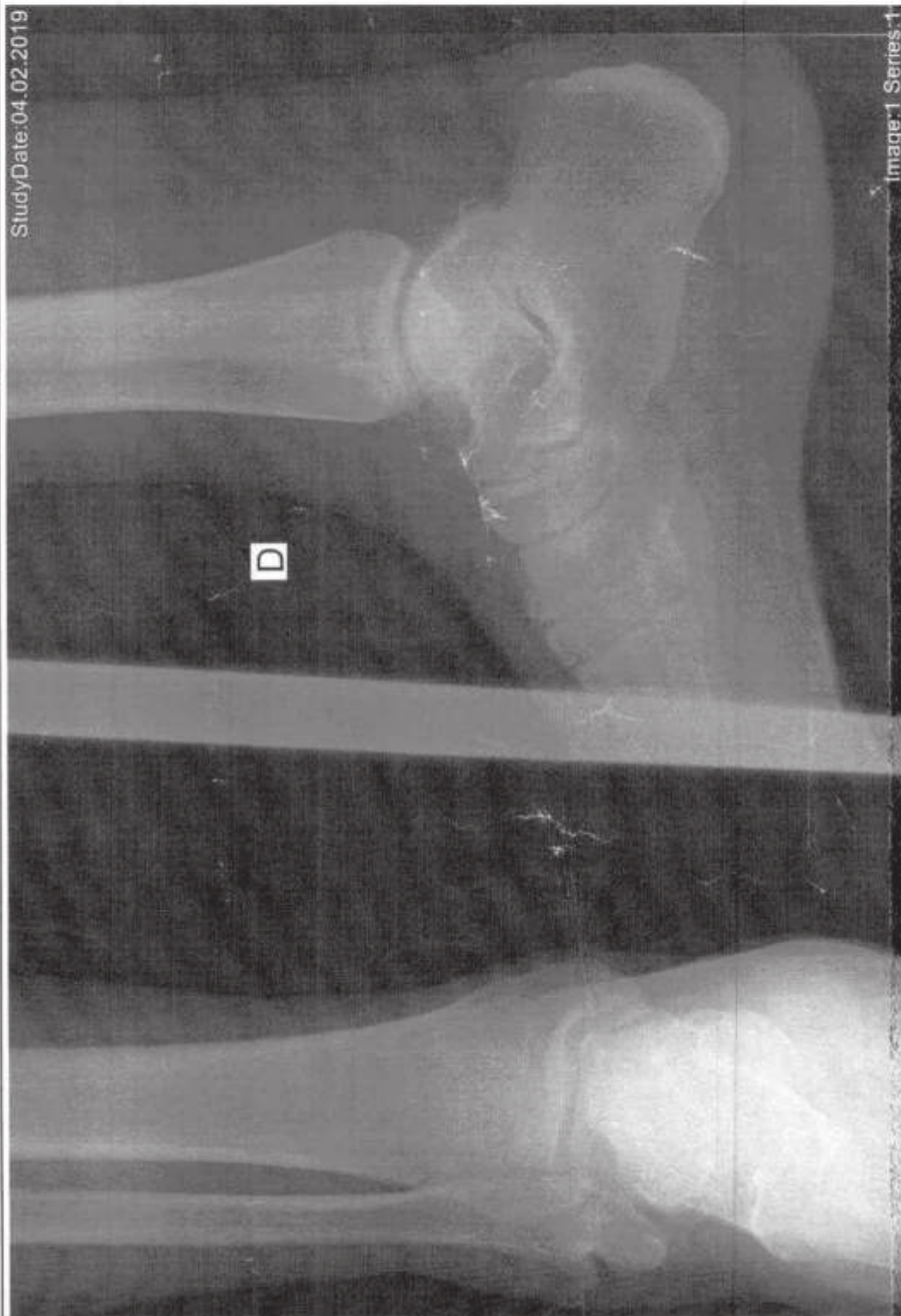
Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: Fat de TMT de n

Conduta: Inten pt- amigra eletro



PatientID: 001012001000  
Name: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA  
Sex: Masculino  
BirthDate: 23.03.1979  
Age: 39a.



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

## CERTIDÃO

Nº. 0861/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA 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 Nº 99040 e Prontuário nº 2018.01.004136, pertencentes a **ALDO CESAR MARTINS DA SILVA** que foi atendido dia 31/01/2018 às 14H57min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

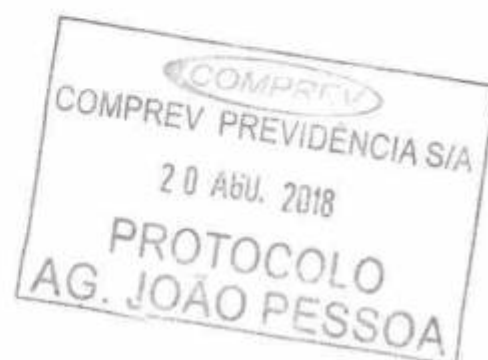
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo direito. Feito limpeza e imobilização.

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

João Pessoa, 19 de junho de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
84 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1930  
CNEJ:

Ficha Nr: 99040 Atd: Nat  
Data: 31/01/2018  
Hora: 14:57:40  
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL  
Clinica: CIRURGICA

DO PACIENTE

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.004408

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2073051 Fone: 986234218

al: AREZ/RN Data Nasc.: 23/03/1979 Id: 38 ano(s)

AVENIDA SANTA RITA, 119

o: SAO BENTO Cidade: BAYEUX UF: PE

MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO

Pai: AGENOR MARTINS DA SILVA

SEM INFORMACAO Etna: SEM INFORMACAO

ção: TECNICO SEM ESPECIFICACAO

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Estado Civil: NAO INFORMADO

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Doc. Responsavel: 986234218 / IDENTIDADE: 2073051

cia: RUA

izado: VEICULO PROPRIO

porte: COL. CARRO/MOTO

acidente por: AS 06:50

violência por: NO CENTRO DE JP/ A CAMINHO DO TRABALHO

aso Policial

CONSULTA

de Classificação de Risco: AMARELO

FR:

TP:

Altura: 1.70

IMC:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Principal

ENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA COM FRATURA  
TA DE TORNOZELO DIREITO

Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente relata de queda de muito tempo  
futuro em termozelo

ostico Rohlbaum

Condução

Rx  
arrefrida  
Alta da cirurgia

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
20 ASU, 2018

PROTOCOLO  
JOAO PESSOA

Horario da medicacao

# 01/01/2018

31/01/18 -> 16:30

FRATURA CX DESTA DO T2 @ 15 ± 9N

Dr. Frederico Boultreau

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

# 01/09/2018 # 30/08/2018 # 15:00

Paciente com quadro de hipertensão arterial sistólica

100 mmHg, em repouso, com tratamento medicamentoso em uso.

Exames | Dose | Horário | Evolução

Medicamentos: 100 mg de Lisinapril 1x1

At. Ao Sr. Carlos, 60 anos, com queixa de dor no peito e dificuldade para respirar.

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

com Colostomia e  
- Tratamento

- Ao Sr. Carlos, 60 anos

Assinatura do Médico

DO DO PACIENTE

Assistência

[ ] Transferido

[ ] Desistência

[ ] UTI

De acordo com o pedido

[ ] Enfermaria

Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 AGO. 2018

Assinatura e Carimbo do Médico

AC. JOAO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Aldo César Martins da Silva



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Arno Cesar Martins Data da Admissão: 31/01/18  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/  
 QPD: dor + fermento su p.m. dir. hgl-  
 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: \_\_\_\_\_

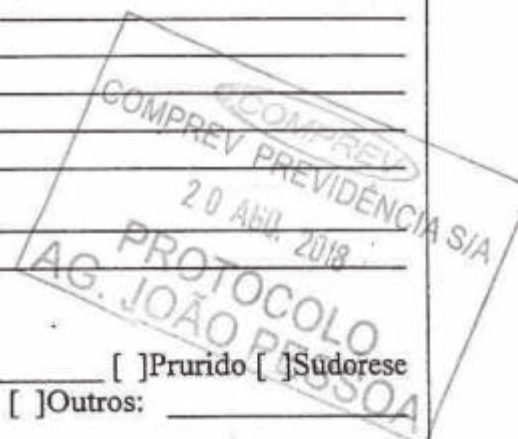
**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
 [ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

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

**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
 [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

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

**SN e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

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

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

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

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

Gânglios: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

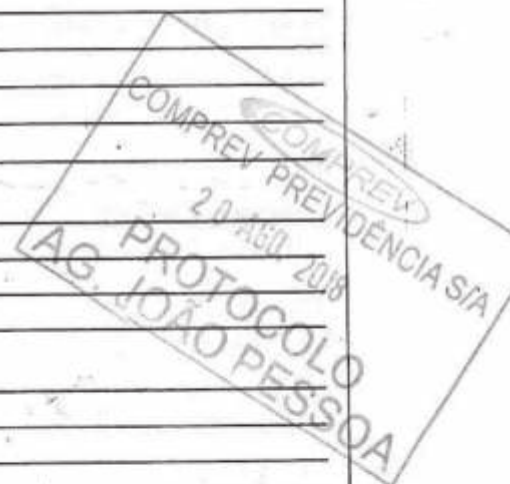
SME: \_\_\_\_\_

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

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

Hipóteses Diagnósticas: Fat de TAT de

Conduta: Inten pt- amigra eletiva





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

DOC IDENTIFICAD / CRI EMISSOR UF  
2073051 SSDS PB

CPF  
026.357.234-00

DATA NASCIMENTO  
23/03/1979

RELAÇÃO  
AGENCIAR MARTINS DA  
SILVA  
MARIA DO SOCORRO DE  
CARVALHO

PREVISTO  
20/03/2012

ACC  
20/03/2012

CITADA  
20/03/2012

Nº PRESTADO  
034.355.1421

VALIDADE  
14/12/2021

1ª INSURÇÃO  
05/03/2012

CELEBRAÇÕES

*Aldo Cesar Martins da Silva*  
ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA TIRADA  
12/12/2016

*Amelob*  
ASSINATURA DO DETENTOR

00411318552  
PB033717931

DETRAN - PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1405261184

PREVISTO PLASTIFICAR  
1405261184

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
20 AGO. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013028284676  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CDD RENAVAM 013028284676 EXERCÍCIO 2017  
0101440117-1 0000000000 2017

ADME  
ALDO CESAR HANCOINE DA SILVA

CPE/CNPJ 02635723400 PLACA QFN2675/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KC22006RL27826

ESPECÍFICO: PAS/MOTOCICLE/NAO APETIC COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 FAN ESDI ANO FAB: 2016 ANO MOD: 2015

CAP / POT / OIL 2 P/162 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
00/00/0000  
FAIXA I RVA PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\* 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 24/05/2017

OBSERVAÇÕES  
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

BAYEUX - PB LOCAL DATA  
25/05/2017

41936 37974

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013028284676 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 DATA EMISSÃO  
2017 25/05/2017

VIA: CDD RENAVAM 013028284676 EXERCÍCIO 2017  
02635723400 PLACA QFN2675/PB

RENAVAM MARCA / MODELO  
01086647782 HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. COT. TARIF. Nº CHASSI  
2016 9 9C2KC22006RL27826

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 24/05/2017

S PAGAMENTO PARCELADO  
COTA ÚNICA PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

37974-1442357-20170525

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
20 AGO. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057919/19

**Número do Sinistro:** 3190138886

**Vítima:** ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

**CPF:** 026.357.234-00

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 31/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2019  
Nome: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA  
CPF: 026.357.234-00

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA