

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000060618-8

Nr. da Autenticação E00744B39E849606

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200093890 **Cidade:** Dona Inês **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSA EXTENSA NO PÉ ESQUERDO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA E DEBRIDAMENTO + ENXERTO DERMO EPIDÉRMICO.
P 1/2/5*/6*/8 ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200093890 Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

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, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093890

Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

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, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093890

Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

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 COMPREV SEGURADORA S/A, 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, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093890

Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do 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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000060618-8

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

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 058.289.434-48 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Marques da Silva

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

5 - Nome completo: Raimundo Marques da Silva 6 - CPF: 058.289.434-48
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Conselheiro 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Dona Inês 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 60618 8 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existe) (Informar o dígito se existe) (Informar o dígito se existe) (Informar o dígito se existe)

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou habilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou parente(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - (*) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - (*) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 27/05/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 60618 8 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.

22 - 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 do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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, a em da responsabilidade criminal por infração do artigo 309 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível do quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01633.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01633.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:06 horas do dia 12 de fevereiro de 2020, 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 **Rosenildo Marques dos Santos**, CPF nº 058.289.434-48, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agritor, filho(a) de Sueli Batista da Silva e Antonio Marques dos Santos, natural de Dona Inês/PB, nascido(a) em 08/07/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Canafistinha, bairro Centro, tendo como ponto de referência Ao Campo, na cidade de Dona Inês/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Queimada, Dona Inês/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 08/12/19 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

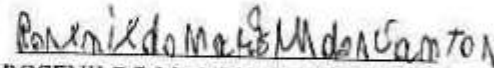
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/12/2019, POR VOLTA DAS 14:00 HORAS, VINHA PILOTANDO PRÓXIMO AO BAR DA ARAPONGA, NO SÍTIO QUEIMADA, ZONA RURAL DE DONA INÊS, NA MOTO DE MARCA-HOND ACG 150 TITAN KS, DE COR-CINZA, ANO-2008, DE PLACA-NOP2935/PB, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ AUGUSTO FILGUEIRA DA SILVA, CPF-651.868.184-53, CHASSI-9C2KC0810BR318577, QUANDO VINHA PILOTANDO A MOTO, O PNEU ESTOROU, QUE O MEMSO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR AO SOLO, FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSP-TAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NO DIA SEGUINTE, FOI TRANSFERIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, ONDE FOI DIAGNOSTICADO DE ACORDO COM O CID S91.0, LAUDO MEDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADO PELO DR. VALDEBAN CARVALHO JUNIOR, CRM: 7692/PB.

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

João Pessoa/PB, 12 de fevereiro de 2020.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS
Noticiante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Rosenaldo M. dos Santos		PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	UN	LEITO
39a	Masc		Oto		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
09/12/19		15/01/2020			
DIAGNÓSTICO INICIAL				5912	
Femur em pe (E)					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
Fratura de fêmur					
PRINCIPAIS SINTOMAS					
Dor no local da fratura					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
Cirurgia de redução e fixação					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
Antibiótico					
ANESTESIA PERIOPERATÓRIA					
Injeção de anestesia					
INFECÇÃO P.O.					
☐ SIM ☒ NÃO					
CURA DE MATERIAL					
☐ SIM ☒ NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
Cultura de ferida					
Cura de ferida					
MELHORADO					
REMOVIDO					
A PEDIDO					
CURADO					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO: História: Fratura de fêmur fechada, com deslocamento. Realizada cirurgia de redução e fixação com placa e parafusos. Evolução satisfatória. Alta com medicação e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Alimentar-se normalmente.

REPOUSO: Relativo em casa por 7 dias. Retorno às atividades com esforço físico em 15 dias. Retorno às atividades com esforço maior em 30 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida 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: Ciprofloxacino 500mg/12h.

RETORNO: Ao posto de saúde em 15/01/2020 para retirada de pontos.

Ao Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia em 30 dias para revisão.

Dr. Valdeir C. Araújo Jr.
CRM 7692 PB
Ortopedia e Traumatologia

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

ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS
CNPJ nº 06.901.010/0001-90
Endereço: Rua 1000 - Fátima - Curitiba/PR

Endereço: Rua 1000 - Fátima - Curitiba/PR
CEP: 81.200-000
Telefone: (41) 3333-3333
E-mail: rosenildo@rosenildo.com.br

Endereço: Rua 1000 - Fátima - Curitiba/PR
CEP: 81.200-000
Telefone: (41) 3333-3333
E-mail: rosenildo@rosenildo.com.br

Endereço: Rua 1000 - Fátima - Curitiba/PR
CEP: 81.200-000
Telefone: (41) 3333-3333
E-mail: rosenildo@rosenildo.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: Mar / 2019
Apresentação: 08/03/2019
Data prevista da próxima leitura: 08/04/2019
CPF/CNPJ/RAN: 069.289.434-48

UC (Unidade Consumidora): 5/1892538-8

Canal de contato

Com a tabela a seguir, você pode acompanhar os dados de consumo e faturação da sua unidade consumidora. Os dados são atualizados diariamente e podem variar de acordo com a leitura e o consumo de energia elétrica.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/03/19	703	08/03/19	703	
Demonstrativo				
0001 - Consumo	703	703	0	0
0002 - Consumo	703	703	0	0
0003 - Consumo	703	703	0	0
0004 - Consumo	703	703	0	0
0005 - Consumo	703	703	0	0
0006 - Consumo	703	703	0	0
0007 - Consumo	703	703	0	0
0008 - Consumo	703	703	0	0
0009 - Consumo	703	703	0	0
0010 - Consumo	703	703	0	0

CCF - Custo de Distribuição de Energia Elétrica - 44,49 00,00 9,73 00,00 0,00 1,00

Taxa de Serviços - 0,00 00,00 0,00 00,00 0,00 1,00

Média últimos meses (kWh) 32
VENCIMENTO 15/03/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 44,49

Histórico de Consumo (kWh)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

ff39.a70a.8a49.a13d.3048.854a.7897.74e5

Indicadores de Qualidade - 1/2019 - Data: 01/03/2019

	Limites de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL	10,78	0,24	220
DI TRIMESTRAL	25,92		
DI ANUAL	81,05		
FI MENSAL	1,74	2,30	207
FI TRIMESTRAL	15,40		
FI ANUAL	30,98		
IRI	0,89	0,18	277
ISRI	0,02		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia Elétrica	1,54	3,44
Consumo de Energia Elétrica	13,51	30,35
Consumo de Energia Elétrica	1,40	3,13
Consumo de Energia Elétrica	2,00	4,50
Consumo de Energia Elétrica	17,00	38,40
Consumo de Energia Elétrica	3,00	6,77
Total	44,49	100,00

Valor em R\$ (R\$ 100,00 = R\$ 100,00)

ATENÇÃO

Faturas em atraso

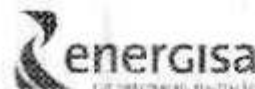
Leitura confirmada

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do conta.

Bolero por o sempre pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 037.641.360



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.515.829-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

20/01/2020

CONSUMO

227

VENCIMENTO

27/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCDORIGINAL/ASPXTIPO-12.CODIGO=28635>

A Circular SUSEP 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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO; 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 Nº9.303/98;

Pelo exposto, eu

Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

458.536.024/91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosemilda Marques dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.289.434/48

do sinistro de DPVAT cobertura

Imobiliar

da Vítima

Rosemilda Marques dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

058.289.434/48

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:

Rua Agente Fiscal Jose C. Duarte

Número: 157

Complemento:

Bairro:

Mangabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

Cidade:

Tel (DDD)

(83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB, 27/02/2020

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Rosenaldo M. dos Santos		PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	UN	LEITO
39a	Masc		Oto		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
09/12/19		15/01/2020			
DIAGNÓSTICO INICIAL				5912	
Femur em pe E					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
EXATIDÃO DOS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS SINTOMAS					
PROCEDIMENTO REALIZADO				Cirurgia de pele.	
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO P.O.				☐ SIM ☒ NÃO	
CORTA DE MATERIAL				☐ SIM ☒ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICIONAMENTO DE ALTA				☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO: História Previa de Fratura de fêmur
Pt. com fratura em pe E sem
fratura. Realizada cirurgia de enss
de pele em pe E. Realiza alta p/ acompanhar
muito amul. For

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacilona

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do FCO Oculista em 30 dias para revisão.
15/01/2020 DATA
Dr. Valdeanir Cavalcanti Jr.
CRM 7692 PB
Ortopedia e Traumatologia
ASS. MÉDICO CRM

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

REVISOR/CARIMBO



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS					CNS 702905523524479		Prontuário	
Data de Nascimento 08/07/1980	Idade 39A 5M	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura	
Nome da Mãe SUELI BATISTA DA SILVA			Nome da Pai ANTONIO MARQUES DOS SANTOS					
Endereço ANA DE SOUSA MACIEL			Bairro CENTRO				Cep 58228000	
Município DONA INES - PB			Telefone Residencial			Telefone Celular (83) 981371211		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262			Telefone (83) 32165700		

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento MEDICA			
Resultado de exames complementares EXTENSO FERIMENTO PÉ ESQ COM EXPOSIÇÃO DE TENDÃO			
CID T14.9	Data de encaminhamento 08/12/2019 22:43:06		

Assinatura e carimbo do profissional

Foribio Gomes Pereira
ORTOMEDIA - CIRURGIÃO JOELMO
CRM PB 43507 EOT 12163

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

Ficha Nr: 285772 Atd: Nao Regulado
Data: 09/12/2019
Hora: 13:52:34
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 702905523524479 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 32165700

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/07/1980 Id: 39 ano(s)

End.: RUA ANA DE SOUSA MACIEL, 0

Bairro: CENTRO Cidade: DONA INES UF: PB

Mae: SUELI BATISTA DA SILVA

Pai: ANTONIO MARQUES DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

R.: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Te./Doc. Responsavel: 32165700 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: FICHA ATUALIZADA HJ, PQ FOI FEITA MANUAL NA CHEGA

Vitima de violencia por: DA DO PAC. AO HOSPITAL.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Sinais Principais

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ U.T.I
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐ S.V.O ☐ I.M.L

Nome: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica: CIR PLÁSTICA	EMP:32	LR:440
Data: 06/01/2020			Cirurgião: Dr. FRANCISCO ODILIO		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: DR. ROBERTO			Instrumentador: GIL		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
PERDA DE SUBSTANCIA EM PÉ ESQUERDO					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O MESMO					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
ENXERTO Dermo Epidérmico					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					Dr. Francisco Odilio M. Dias Cirurgião Plástico CRM - PB 5702
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito ventral + antissepsia + assepsia de toda região .

Fixação de Campos

Incisão:

Realizado infiltração loco-regional com lidocaína , obtenção de pele total através de área doadora em região inguinal esquerda , limpeza da área receptora e fixação do enxero com náilon 4.0 . Fechamento da área doadora

Curativo oclusivo com gase vaselinada

Achados:**Conduta:****Fechamento:****OBS:**

Data: 06/01/2020

Dr. Francisco Odílio M. Dias
Cirurgião Plástico
CRM 106570
MEDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: ROSANA MARIA SILVA **Data da Admissão:** 09/02/14
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: ROSANA MARIA SILVA - 5-2 (B) MO + 1-10H
HDA: PR ENCAMIADA P HISTERIA COM FOMENTO E MOVA
5-2 (B) MO 10H PRA AVALIAÇÃO DO MOVO.

Medicações em uso: 1

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-reposu [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P-174

2720156

ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

NOME **ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS**

FILIAÇÃO **Antonio Marques dos Santos**
Sueli Batista da Silva

NATURALIDADE **Dona Inês PB.**

DATA DE NASCIMENTO **08.07.1980**

DOC ORDEM **Cert. Nasc. Nº 4.584, Fsl. 139, Idv. A-11**

Cart. de Dona Inês PB.

CPF

Jogo Físico - PB

LEIN 1116 DE 29/05/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

058.289.434-48

ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

08/07/1980

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTILHA NACIONAL DE VEICULAÇÃO	
VALORES EM TÍTULO DE TRÂNSITO NACIONAL 1009001575	NOME JOSE EDUARDO DA SILVA
	
	RG 1054562
	CPF 455.536.024-91
	DATA DE EMISSÃO 02/04/1987
VALORES EM TÍTULO DE TRÂNSITO NACIONAL 1009001575	NOME JOSEFA GERVASIO DA SILVA
	RG 1054562
	CPF 455.536.024-91
	DATA DE EMISSÃO 02/04/1987
	DATA DE EMISSÃO 02/04/1987
VALORES EM TÍTULO DE TRÂNSITO NACIONAL 1009001575	NOME JOAO FREDDA, FR
	RG 1054562
	CPF 455.536.024-91
	DATA DE EMISSÃO 02/04/1987
	DATA DE EMISSÃO 02/04/1987

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074878/20

Número do Sinistro: 3200093890

Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

CPF: 058.289.434-48

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/12/2019

Titular do CPF: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA