

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190670206 Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

Data do Acidente: 13/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINALDO SOARES DA FONSECA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670206

Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO SOARES DA FONSECA

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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190670206 Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

Data do Acidente: 13/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINALDO SOARES DA FONSECA

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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670206

Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO SOARES DA FONSECA

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\$ 2.362,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%	
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50

Recebedor: **EDINALDO SOARES DA FONSECA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000060928-3**

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: 272.812.86856 3 - CPF da vítima: 272.812.868-56 4 - Nome completo da vítima: Edinaldo Soares da Fonseca

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

5 - Nome completo: Edinaldo Soares da Fonseca 6 - CPF: 272.812.868-56
7 - Profissão: Recuse 8 - Endereço: Itassangana 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Cruz do Espírito Santo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58337-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ 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 (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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 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 aos únicos 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido
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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 02/12/19

41 - 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: ☐ DÁMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 272.812.868-56 4 - Nome completo da vítima: Edinaldo Soares da Fonseca

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

5 - Nome completo: Edinaldo Soares da Fonseca 6 - CPF: 272.812.868-56
7 - Profissão: Ricuse 8 - Endereço: Ubatuba 9 - Número: 510 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Cruz do Espírito Santo 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58.337-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INEPAZ 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\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 000609283
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (jginecer)? ☐ 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 apenas aos 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
35 - CPF 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 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edinaldo Soares da Fonseca

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



6277 8013 1297 3047

EDINALDO SOARES FONSECA

0036 013 00060928 3 07/21

elo

Débito



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0662 - 2019	Responsável pelo Levantamento do Acidente: SERGIO CAVALCANTI DA ROCHA	Posto/Graduação: CB /PM			
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: PB - 004	Hora 16:30	Bairro Zona Rural	Município: Cruz do E. Santo	U F PB	
Data da Ocorrência 13/09/2019	Dia da Semana sexta-feira	C/S Vítima (QT) Com 01	Tipo de Acidente Col. Frontal	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do tráfego Pista simples sentido duplo			

CONDUTOR 01

Nome Fábio Silva Evangelista	Sexo Masculino	Nascimento 21/04/1982	RG 6495693-PE				
Endereço Rua Argemiro Figueiredo, 525 Nova Brasília Sapé PB - Tel. (083) 9991731110							
1ª Habilitação 14/05/2008	Categoria AB	Registro CNH N.º 04360624503	U.F. PE	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 22/08/2022	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado			Destino do Condutor Permaneceu no local				

VEÍCULO 01

Marca/Modelo CHEVROLET/ONIX	Espécie Automóvel	Placa QFT 9919	Categoria Particular	Município SAPÉ	U.F. PB
Nome do Proprietário Fábio Silva Evangelista					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014355214512	Renavan N.º 01070849135	Data da Emissão 14/12/2018		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na faixa da direita no sentido Cruz do Espírito Santo/Sapé, quando foi surpreendido pelo V2 que tentou ultrapassar outro veículo e invadiu a faixa contrária, colidindo de frente com o V1.

CONDUTOR 02

Nome Ednaldo Soares da Fonseca	Sexo Masculino	Nascimento 22/08/1977	RG 283484421				
Endereço Sítio Massangana-LS/N Cruz do Espírito Santo PB							
1ª Habilitação 28/03/2001	Categoria AB	Registro CNH N.º 01740501483	U.F. SP	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 20/07/2023	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado			Destino do Condutor Socorrido ao Hospital de Trauma				

VEÍCULO 02

Marca/Modelo YAMAHA/XTZ	Espécie Motocicleta	Placa KJR 0456	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Ednaldo soares da fonseca					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 015099838174	Renavan N.º 00978665899	Data da Emissão 13/08/2019		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTRAN no dia 03/10/2019 as 12:40 horas e declarou que: Trafegava na Via A na faixa da direita no sentido Sapé/Cruz do Espírito Santo, quando deparou-se com um terceiro veículo (que não identificou) que freou de repente, no momento tentou desviar do mesmo, indo de encontro ao V1.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 10/10/19
SILVA
ASSINATURA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BC

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
Ednaldo Soares da Fonseca	Masculino	22/08/197
Endereço		
Sítio Massangana-I, S/N Cruz do Espírito Santo PB		
Condição da Vítima	Conduzida Para	Usava Cinto
Condutor	Hospital de Trauma	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: Não existe sinalização de trânsito. O acidente se deu em uma reta. O C2 foi socorrido para Hospital de Trauma e V2 removido para complemento do BOAT. O C1 e V1 foi liberado no local e não foi possível realizar o teste. O apresentava a CNH e não foi possível realizar a consulta e nem coletar maiores dados.

João Pessoa – PB, 19 de setembro de 2019.


Sérgio Cavalcanti da Rocha CBPM

Responsável pelo Levantamento

BATA-HA
Copia d
EM
SC



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0662/ 2019

AMARRAÇÕES

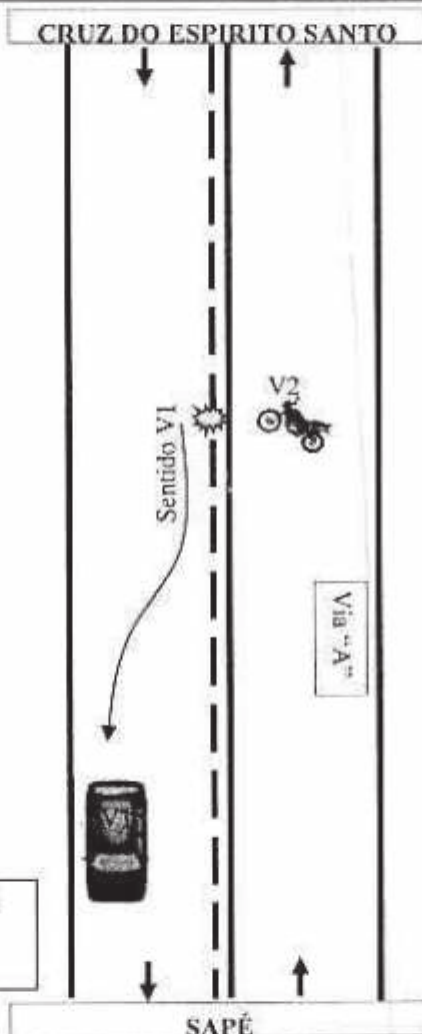
VIA "A" - PB 004 06,00 metros

PR (Ponto de Referência) Antiga Fabrica da Sincera

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 00.00 e Traseiro Direito 00.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 03.60 e Traseiro Direito 01.90 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORIENTA ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Sérgio *Cavalcanti da Rocha* Cb PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº0662 /2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo: CHEVROLET/ONIX	Placa: QFT 9919	Responsável pelo Preenchimento: CB CAVALCANTI	Data: 13/09/2019
--	---------------------------	---	----------------------------

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: YAMAHA/XTZ	Placa: KJR 0456	Responsável pelo Preenchimento: CB CAVALCANTI	Data: 13/09/2019
------------------------------------	---------------------------	---	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi	X		
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Elxo traselro (triciclos)		X	
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)			01	

Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa – PB, 19 de setembro de 2019.

Sérgio Cavalcanti da Rocha CBPM

Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 16/10/19
SGT. DA SILVA
ASSINATURA



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0662/ 2019

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 16/10/19
SGT. DA SILVA

Sérgio Cavalcanti da Rocha Cb PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0662/ 2019

FOTOS DO V1

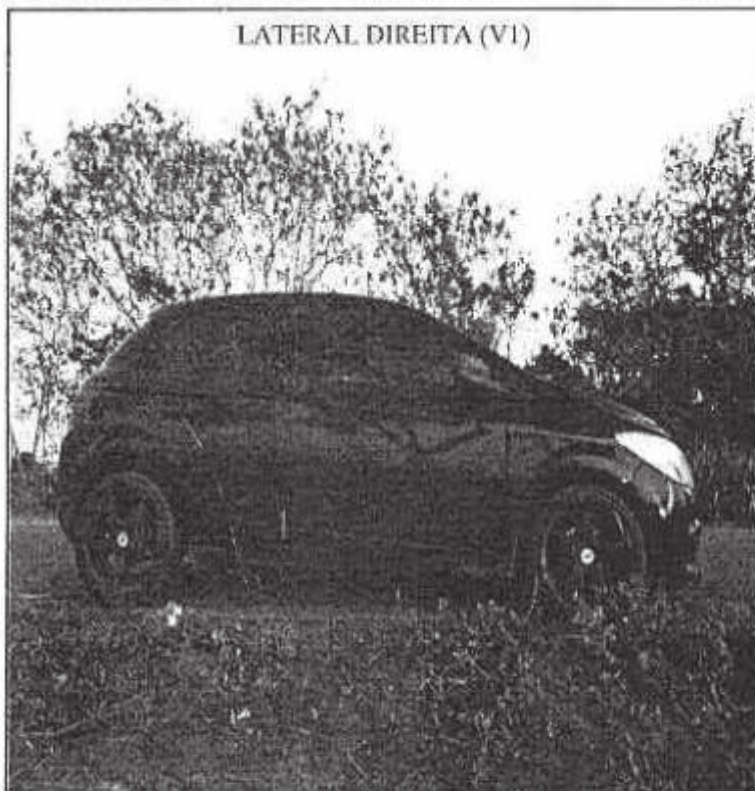
FRENTE (V1)



TRASEIRA



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ES



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 16/10/19
SOTOMAIOR SILVA
ASSINATURA

Sérgio Ca
Respon

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: 272.812.86856 3 - CPF da vítima: 272.812.868-56 4 - Nome completo da vítima: Edinaldo Soares da Fonseca

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

5 - Nome completo: Edinaldo Soares da Fonseca 6 - CPF: 272.812.868-56
7 - Profissão: Recuse 8 - Endereço: Itassangana 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Cruz do Espírito Santo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58337-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ 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 (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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 aos únicos 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido
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 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

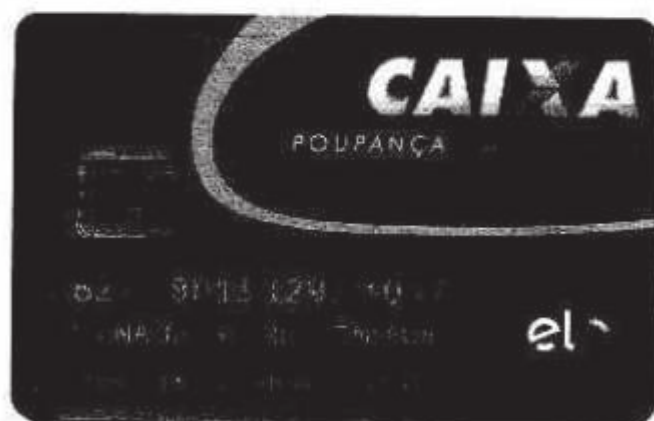
TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 02/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8013 1297 3047

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: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO SOARES DA FONSECA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000060928-3

Nr. da Autenticação 236B011EE724DBCE



2100 GSA FIVE LANE SYSTEMS OF ENERGY
2100 FIVE LANE SYSTEMS OF ENERGY
2100 FIVE LANE SYSTEMS OF ENERGY
2100 FIVE LANE SYSTEMS OF ENERGY

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Competition	Competition	Competition	Competition
Sat / 2010	Sat / 2010	Sat / 2010	Sat / 2010

Set / 2019	06/09/2019	08/10/2019	272.612.900-66
			Proc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1734753-5

* Tanta Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.458, de 29 de abril de 2002.

[illegible]

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
13/09/2019	R\$ 150,63

190	172	212	198	218	155	170	173	175	172	163	170
Sept 18	Oct 18	Nov 18	Dec 18	Jan 19	Feb 19	Mar 19	Apr 19	May 19	June 19	July 19	Agst 19

RESERVADO AO FISCO
d64d.e2a4.6abe.342c 0c16.09dc.2994.ce6e

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Remuneração da Administração	15,27	17,37
Impostos e Taxas	37,38	44,67
Despesas Administrativas	2,24	2,65
Despesas Financeiras	2,86	3,40
Impostos Diversos e Retenções	76,95	93,38
Outros Serviços	3,00	3,62
Total	166,69	100,00

Valor DUT (R\$ 7.249,14) = R\$ 56,48

ATENÇÃO
 1. Substituição de lâmpada de 100W por lâmpada de 75W.
 Resultado: Tensão = 120V, Potência = 75W, Corrente = 0,625A.
 Resultado: Tensão = 120V, Potência = 75W, Corrente = 0,625A.
 Resultado: Tensão = 120V, Potência = 75W, Corrente = 0,625A.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE AO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912006 05907.626179 4 60110000015063

PARADOUR, EDUARDO SOARES DA FONSECA - OFFICIAL 772 212 655-86
SIT MASSANGARA, S/N - AREA RURAL - CRUZ DO ESPIRITO SANTO/PE CEP 56337000

Nº de Documento	Nº Documento	Data de Emissão	Valor do Documento	Valor Pago
05246180005907826	001734/153221909	15/09/2010	124.150,00	



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		EDINOLDO SACRIS DA FONSECA				FRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	END.	LEITO		
42a	MA.						
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
13/09/19		27/09/19					
DIAGNÓSTICO INICIAL					CID		
Fratura do 1º metacarpo ①							
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					S62.0		
O osso							
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES							
RAIO X MÃO							
PROCEDIMENTO REALIZADO							
OSTEOSÍNTESE							
TERAPIA MEDICAMENTOSA							
ANALGÉSICO							
ANATOMIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO F.O.					☐ SIM ☒ NÃO		
COLETA DE MATERIAL					☐ SIM ☒ NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA							
CONDIÇÃO DE ALTA					☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO		

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente com fratura do 1º metacarpo da mão, foi submetido a procedimento cirúrgico. Paciente está em boas condições gerais, apresentando evolução satisfatória no âmbito ortopédico.

DIETA: LÍQUIDA

REPOUSO: Relativo em casa por 10 dias.
Retorno às atividades com 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: ANALGÉSICO + ANTIBIÓTICO

RETORNO Ao posto de saúde em 10 dias para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do ORTOPEDIA em 30 dias para revisão.

27/09/19 DATA

Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / CRM

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



NOME
EDINALDO SOARES DA FONSECA

DOC. IDENTIDADE - ORGANISMO DE
283484421 SSP SP

CPF 272.812.868-56 DATA NASCIMENTO 22/08/1977

IRACAO
LUIZ ALVES DA FONSECA
ALISTE VICENTE SOARES

PERMISSAO RCT CRIAR

Nº REGISTRO 017 VALOR 28/03/2001

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660518036



PROIBIDO PLASTIFICAR
1660518036

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL JONAS PESSOA, PB DATA EMISSÃO 20/07/2018

ASSINATURA DO EMISSOR 85311839770
PB037232401

PARAÍBA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670206 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º METACARPO DA MÃO DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NA LATERAL DE COXA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MÃO/SUTURA-COXA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.4.5_CIRURGIA

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670206 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º METACARPO DA MÃO DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NA LATERAL DE COXA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MÃO/SUTURA-COXA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.4.5_CIRURGIA

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427307/19

Número do Sinistro: 3190670206

Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

CPF: 272.812.868-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINALDO SOARES DA FONSECA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

EDINALDO SOARES DA FONSECA : 272.812.868-56

Autorização de pagamento

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: 09/12/2019
Nome: EDINALDO SOARES DA FONSECA
CPF: 272.812.868-56

EDINALDO SOARES DA FONSECA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427307/19

Número do Sinistro: 3190670206

Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

CPF: 272.812.868-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINALDO SOARES DA FONSECA

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: 30/12/2019
Nome: EDINALDO SOARES DA FONSECA
CPF: 272.812.868-56

EDINALDO SOARES DA FONSECA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA