



06/08/2020

Número: **0828765-87.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **12/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KLEBER GERVASIO MELO (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32976156	06/08/2020 12:07	2739790_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592575

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KLEBER GERVASIO MELO

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

Carta nº 15010093





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190592575

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KLEBER GERVASIO MELO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), 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

Pag. 00107/00108 - carta_03 - INVALIDEZ

00300054



Carta nº 15010105





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592575 Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

Data do Acidente: 18/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KLEBER GERVASIO MELO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 16/07/2019, emitido pelo Dr. OTÁVIO FERREIRA JUNIOR CRM nº 7103 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

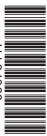
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00233/00234 - carta_31 - INVALIDEZ

00070117



Carta nº 15069835





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364655/19 3 - CPF da vítima: 312.750.442-04 4 - Nome completo da vítima: KLEBER GERVASIO MELO

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

5 - Nome completo: KLEBER GERVASIO MELO 6 - CPF: 312.750.442-04
7 - Profissão: MOTOTAXISTA 8 - Endereço: R. DOS PAU DARCO 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PERNAMB 14 - CEP: 58.432-820
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 99829-8855

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 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)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 7984 CONTA: 11372 5 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 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) ☐ Divorciado ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ 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 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data, 10 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 12:07:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612071210200000031570601

Número do documento: 20080612071210200000031570601

Num. 32976156 - Pág. 4





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Dom Pedro I, 760 – São José – Campina Grande - PB

OFÍCIO Nº S/Nº/2019

Campina Grande, 28 de agosto de 2019

Exame requisitado: EXAME DE CORPO DE DELITO.

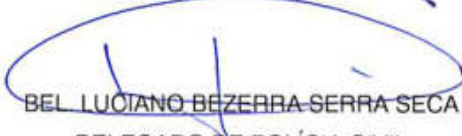
SENHOR DIRETOR:

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que no prazo legal (Art. 160 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o EXAME DE CORPO DE DELITO na pessoa cujos dados são dispostos a seguir, e que logo após, seja o respectivo LAUDO remetido para a COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, nesta 2ª SRPC - PB.

QUALIFICAÇÃO: KLEBER GERVASIO MELO, do sexo masculino, nascido no dia 31/10/1969, com 49 anos de idade, ID: 3494487, CPF: 312.750.442-04, MOTOTAXISTA CADASTRADO, filho de MANOEL LUIZ MELO e de MARLENE GERVASIO MELO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA PAUDARCOS, 169,, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb, celular Nº (83)98761 0099

REFERÊNCIA: Boletim de Ocorrência, lavrado às 10:26 horas, do dia 28 de agosto de 2019; COMUNICANTE: **KLEBER GERVASIO MELO**; TESTEMUNHA: **JOSÉ MARQUES DE MELO**; TESTEMUNHA: **GERALDO ISIDORO DOS SANTOS**

HISTÓRICO DO COMUNICANTE: que na data do dia 18/07/2019, aproximadamente às 11:00 horas, vinha conduzindo a soma moto HONDA/CG 160 FAN, de placa QFM 9793/Pb, de cor branca, ano 2017, modelo 2018, com o chassi de nº 9C2KC2200JR117288 E Renavan de nº 0113683509-9, cadastrada na STTP de nº 386, o mesmo vinha trafegando na Rua Jaboticabeiras no bairro das Malvinas próximo ao Campo do Guarani em Campina Grande/Pb, e em dado momento foi surpreendido com uma rede de interdição colocada pela CAGEPA/PB e devido a esta rede o condutor bateu na mesma e foi ao solo sofrendo lesões no braço direito e vindo a fraturar clavícula e posteriormente foi socorrido pela SAMU de Campina Grande/Pb e conduzido para o hospital TRAUMA de Campina Grande/Pb para os devidos fins.


BEL LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

AO ILMO. SR. DR

MD. DIRETOR DA UNIDADE DE MEDICINA LEGAL - CAMPINA GRANDE/PB

OFÍCIO Nº S/Nº/2019



28/10/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3190592575 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KLEBER GERVASIO MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO KLEBER GERVASIO MELO

CPF/CNPJ: 31275044204

Posição em 28-10-2019 09:39:49

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Boletim de ocorrência	Vítima	Não Conforme	

http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=EA1a1QobChMlx8PCrq7Q4glVE6_ICh0SLAA1EA... 1/1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100/2019

Versando sobre

Hora e data do fato: Às 11:00, do dia 18 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:26, do dia 28 de agosto de 2019.

***Local do Ocorrido: RUA JABOTICABEIRAS, BAIRRO DAS
MALVINAS (PRÓXIMO AO CAMPO DO GUANANI EM CAMPINA GRANDE/PB)***

VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE

KLEBER GERVASIO MELO, do sexo masculino, nascido no dia 31/10/1969, com 49 anos de idade, ID: 3494487, CPF: 312.750.442-04, MOTOTAXISTA CADASTRADO, filho de MANOEL LUIZ MELO e de MARLENE GERVASIO MELO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA PAUDARCOS, 169,, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb, celular Nº (83)98761 0099

TESTEMUNHAS: JOSÉ MARQUES DE MELO, do sexo masculino, nascido no dia 26/12/1960, com 58 anos de idade, ID: 2612002 SSP/PB, AJUDANTE DE MECANICA, filho de NÃO DECLARADO e de CLEONICE RAIMUNDO DE MELO, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB,





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

BRASILEIRA, residente na RUA SEVERINO ALVES DA FONSECA, 37, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb. E **GERALDO ISIDORO DOS SANTOS**, do sexo masculino, nascido no dia 03/05/1940, com 79 anos de idade, ID: 103.668, CPF: 250.370.564-20, APOSENTADO, filho de NÃO DECLARADO e de MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO, escolaridade: FUND. COMPLETO, VIÚVO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA DOS PAUDARCOS, 88, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb.

HISTÓRICO: que na data do dia 18/07/2019, aproximadamente as 11:00 horas, vinha conduzindo a soma moto HONDA/CG 160 FAN, de placa QFM 9793/Pb, de cor branca, ano 2017, modelo 2018, com o chassi de nº 9C2KC2200JR117288 E Renavan de nº 0113683509-9, cadastrada na STTP de nº 386, o mesmo vinha trafegando na Rua Jaboticabeiras no bairro das Malvinas próximo ao Campo do Guarani em Campina Grande/Pb, e em dado momento foi surpreendido com uma rede de interdição colocada pela CAGEPA/PB e devido a esta rede o condutor bateu na mesma e foi ao solo sofrendo lesões no braço direito e vindo a fraturar clavícula e posteriormente foi socorrido pela SAMU de Campina Grande/Pb e conduzido para o hospital TRAUMA de Campina Grande/Pb para os devidos fins.





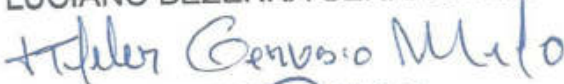
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE
BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA,
NESTA 2ª SRPC**

AUTORIDADE


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE


KLEBER GERVASIO MELO

ESCRIVÃO


ANTÔNIO VIRGÍNIO DO NASCIMENTO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364655/19 3 - CPF da vítima: 312.750.442-04 4 - Nome completo da vítima: KLEBER GERVASIO MELO

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

5 - Nome completo: KLEBER GERVASIO MELO 6 - CPF: 312.750.442-04
7 - Profissão: MOTOTAXISTA 8 - Endereço: R. DOS PAU DARCO 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PERNAMB 14 - CEP: 58.432-820
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 93829-8855

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 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: 7984 CONTA: 11372 5 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 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 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) ☐ Divorciado ☐ 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 (a) (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, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data, 10/10/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	18/7/2019	HORA:	12:06 HRS	ID Nº:	1788280
NOME:	KLEBER GERVASIO MELO				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA: JABOTICABEIRAS - MALVINAS				
COMPLEMENTO:	PROXIMO AO CAMPO DO GUARANI				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 16 de agosto de 2019.


Deoclécio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



18/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1946925 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: KLEBER GERVASIO

CEP:58400002

Nascimento:31/10/1969

MELO

Sexo:M

Telefone: 986110037

Endereço: RUA DOS PAUS DARCO

Idade: 049

Bairro: MALVINAS

Cidade: Campina Grande

RG: 3494487

Nº: 169

Nome da Mãe: MARLENE GERVASIO MELO

CPF: 31275044204

Profissão: MOTO TAXI

Responsável:

Data de

CNS: 704100160572572

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 18/07/2019

CONVÊNIO: SUS

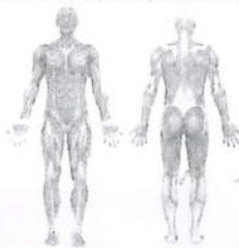
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 12:42:54

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfiamento subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Vencido
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otoregia
30. Paralisia
31. Parese
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Politrauma. Queda de moto.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente resiste de queda de moto há cerca de 30 minutos. Pedal e consolação. Não se movimenta. Estado de consciência. Apresenta dor em região de tornozelo e abdômen direito e do membro direito. Abaulamento em região de tornozelo direito.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

A cervical firme e não resiste a movimentação. Examinabilidade torácica normal. Círculo sinuado de movimento. Per a palpacao do abdome sup. direito. LOTE, movimento de 4 minutos. Dor em MSD.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

(X) Ultrassonografia: Fémur
(X) Radiografias: Cervical, torax, pelve, ombro D.

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia após resultado dos exames.Especialista: Ortopedia às 13:00 Dia 18/07/19Especialista: Ortopedia às 16:15 às 15:54 Dia 18/07/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Júlio César
Cirurgião Torácico
CRM 1556

Francisco Claudio A. Ferreira
Cirurgião GERAL
CRM: 5425

<http://htcg/impreclassi.php?contar=1946925&dataatend=2019-07-18&horaatend=12:43:46>

1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 12:07:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612071210200000031570601>

Número do documento: 20080612071210200000031570601

Num. 32976156 - Pág. 13

HTCG-Painol Administrative

REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL (16:00h)

Francisco C. Catalá
CAM 2359 - MT. RG. 11.065
PIS: 170380590-34
TPS: 132.031.504-68

62429.9 Spruce
 Trauma Spruce
 2x Gap for new
 1.01.01 2004

55

() Alta hospitalar / () A revelia
 \ () Decisão Médica

☐ () Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

IDADE



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES	
CAMPINA GRANDE - PARAIBA	
PACIENTE:	KLEBER CERVASIO MELO
DATA DO EXAME:	18/07/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento Shimadzu na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Paciente referido dor em hemitórax direito e, no estudo longitudinal, observam-se sinais de pneumotórax. Correlacionar com estudo radiográfico.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou perfuração na presente estudo.

Figado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresenta sinais de dilatação.

Viérceres de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões estruturais ou trauma, resultante de limitações do método.

Reserva de parâmetros regulares e lesões associadas não presentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame referido dor em hemitórax direito e, no estudo longitudinal, observam-se sinais de pneumotórax. Correlacionar com estudo radiográfico.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou perfuração na presente estudo.

Observação: Resumidamente a partir da realização da ultrassonografia nos exames de lesões nos órgãos sólidos e vísceras, assim como de hemodinâmica.

DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7293 / RQE-PB 5663



18/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/07/2019
 Data: 18/07/2019
 Paciente: KLEBER GERVASIO MELO Idade: 049 N° ATEND: 1946925

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 18/07/2019 HORA : 12:43:46

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
 HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
 DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA
 MEDICAÇÃO EM USO :
 ESTADO GERAL :
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
 VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento

Alana Carolina Uchida
 COREN-PB 574133-ENF





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES



SUS

DN: 31.10.69

3310-5862

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: KIESEN GENESIO MIO

DATA DO ATENDIMENTO: 28/10/19

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: fm. - m. CIVILIA (2)

PROCEDIMENTO: CONSULTA COM ORTODONTIA

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Olívio Pereira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7103





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que KIESEN GENIASIO
MELO

foi atendido (às) hoje, às 22:42h (— / — / —)
horas, necessitando de 60 (sessenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0

Campina Grande, 28 / 07 / 19.

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOB. 004



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
KLEBER GERVASIO MELO

DOC. IDENTIDADE / DES. EMISSOR (UF)
3494487 ESP PB

CPF
312.750.442-04

DATA NASCIMENTO
31/10/1969

RELAÇÃO
MANOEL LUIZ MELO
MARLENE GERVASIO MELO

PERMISSÃO **ACE** **CATEG.**
AB

Nº REGISTRO
04684941829

VALIDADE
21/08/2024

1ª NUMERAÇÃO
01/07/2009

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
Kleber Gervasio Melo

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
21/08/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

04152453145
PB039540200

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838529249

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838529249



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADADES		DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014799260134 DATA DE EMISSÃO: 29/05/2019 VÁL. ATÉ: 29/05/2021	
3104636400 KLEBER GERVASIO MELO CPF / CNPJ: 31275044204 FLACA ANT. / LF: 9C2KC2200JR117288 NOVO		PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ALCO/GASOL COMBUSTÍVEL HONDA/CG 160 FAN MARCA/MODELO 2017 ANO FAB. / ANO MOD.	
2 P/162 /C1 ALUGUEL CATEGORIA BRANCA COR PREDOMINANTE 00/00/0000 1* VENC. / COTA ÚNICA 0 PARCELAMENTO / COTAS 0 FAVIA LIVA 0 PREMIO TAFELADO (R\$) 0 DATA DE INSCRIÇÃO: 29/05/2019 PREMIO TAFELADO (R\$)		A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA 0 DATA: 29/05/2019 LOCAL: CAMPINA GRANDE-PB	
99999999 9393		9393 9393	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS TRANSFERTAS OU NÃO - SEGURO DPVAT BILHETE DE SEGURO DPVAT PB Nº 014799260134		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS TRANSFERTAS OU NÃO - SEGURO DPVAT BILHETE DE SEGURO DPVAT PB Nº 014799260134	
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		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: 2019 DATA EMISSÃO: 29/05/2019 FLACA: 9FM9793/PB CPF / CNPJ: 31275044204 VIA: 1 MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 FAN ANO FAB. / ANO MOD.: 2017 Nº CHASSI: 9C2KC2200JR117288		EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 29/05/2019 FLACA: 9FM9793/PB CPF / CNPJ: 31275044204 VIA: 1 MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 FAN ANO FAB. / ANO MOD.: 2017 Nº CHASSI: 9C2KC2200JR117288	
PRÊMIO TAFELADO (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00 DATA DE INSCRIÇÃO: 29/05/2019 PARCELADO: ☐		PRÊMIO TAFELADO (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00 DATA DE INSCRIÇÃO: 29/05/2019 PARCELADO: ☐	
SEGURO LIDER - DPVAT CNPJ 08.246.808/0001-04 9393-0940571-20190529		SEGURO LIDER - DPVAT CNPJ 08.246.808/0001-04 9393-0940571-20190529	



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA KLEBER GERVASIO MELLO
 DATA DO ACIDENTE 18/07/2019 CPF DA VÍTIMA 312.750.442-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É KLEBER GERVASIO MELLO
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DOS PAU D'ARCO
 Nº 169 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MALVINAS
 CIDADE Campina Grande UF PB CEP 58.423-700
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 18/07/2019
 IDENTIDADE 3.494.487-581/PB
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592575 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KLEBER GERVASIO MELO **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592575 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KLEBER GERVASIO MELO **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364655/19

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

CPF: 312.750.442-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER GERVASIO MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KLEBER GERVASIO MELO : 312.750.442-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 18/10/2019
Nome: KLEBER GERVASIO MELO
CPF: 312.750.442-04

KLEBER GERVASIO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364655/19

Número do Sinistro: 3190592575

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

Data do acidente: 18/07/2019

CPF: 312.750.442-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER GERVASIO MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 31/10/2019
Nome: KLEBER GERVASIO MELO
CPF: 312.750.442-04

KLEBER GERVASIO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA

