



Número: **0807997-24.2019.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **12/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ACLELSON DA CONCEICAO NUNES (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33895 734	02/09/2020 13:19	<u>2745342_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190474675 **Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES**

Data do Acidente: 24/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

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





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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190474675 **Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES**

Data do Acidente: 24/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00089/00090 - carta_02 - INVALIDEZ



00020045

Carta nº 14741091



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 13:19:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090213192878400000032427723>
Número do documento: 20090213192878400000032427723

Num. 33895734 - Pág. 2

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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190474675 **Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES**

Data do Acidente: 24/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Informamos que o pagamento da indenização o 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 um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000060997-5

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, retorno 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



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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190474675 **Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES**

Data do Acidente: 24/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

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 um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000060997-5

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, retorno 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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190474675**

Nome do(a) Examinado(a): **ACLELSON DA CONCEICAO NUNES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Avenida SANHUA, 155 - Sesi - Bayeux - PB - CEP 58306-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3552108**

Data e local do acidente: [**24/02/2019**] **SANTA RITA -PB**

Data e local do exame: [**29/08/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da tibia e do tornozelo esquerdos

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 25-02-2019 AO EXAME : ENCURTAMENTO DE MIE EM 5 CM,CONFORME ESCANOMETRIA DE MMII,USO DE MULETAS E COMPENSAÇÃO DE 5 CM DE SALTO EM SANDÁLIA . PERDA DE 50 % DE FLEXO EXTENSÃO DE MOVIMENTOS EM JOELHO E TORNOCOLO ESQUERDO . PRESENÇA DE VÁRIAS CICATRIZES EM TODA EXTENSÃO DA Perna E

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM COM PLACA E PARAFUSO FEZ FISIOTERAPIA

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB





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:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
0275517159	111.945.154-01	2 Ackesson da Conceição Nunes	
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:		
2 Ackesson da Conceição Nunes	111.945.154-01		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
motorista	Rua Santarana	155	-
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Bayeux	PB	59305000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1911	CONTA: 60997	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 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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 (varízecer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

- 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

40 - Local e Data,

Flávia Torres PB 32-08-2019
Flávia Lívia da Conceição Nunes

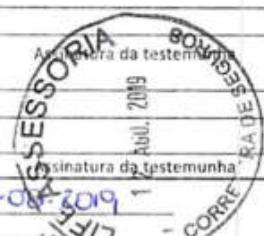
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10/02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

- 38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
- 39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
- 40 - Local e Data, _____
Assinatura da testemunha _____







SECRETARIA DE ESTADO DA

SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

Delegacia Geral da Polícia Civil

1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08973.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08973.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:35 horas do dia 08 de agosto de 2019, 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Aclelson da Conceição Nunes**, CPF nº 111.945.154-01, RG nº 3552108 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Motoboy, filho(a) de Maria da Penha da Conceição Nunes e Antonio Nunes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/07/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Sanhaua, Nº 155, complemento Casa , bairro Sesi, tendo como ponto de referência Mercadinho São Geraldo, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98873-2507.

Dados do(s) Fatos:

Local: Leilões Pb, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

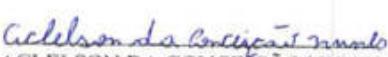
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o veículo motocicleta HONDA/BIS 125 EX ano/mod 2012/2013, Cor: vermelha, PLACA: NPU4611/PB, chassi: 9C2JC4830DR006851, licenciada em nome de Valderez Benedito de Andrade- CPF: 603.057.974-68, na Rua que dá acesso ao bairro do Tibiti II, paralela a BR 230, próximo ao leilões PB, quando foi abalroado pelo veículo, Chevrolet/ONIX, de PLACAS: OGA4964/PB, chassi: 9BGKS48L0DG288069, licenciado em nome de Jorge da Cunha de L. Filho-C.P.F. 910.520.844-00, que após o acidente foi conduzido pelo SAMU até o Hospital de Trauma, de onde foi transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (Trauminha) onde foi submetido a procedimento cirúrgico em razão de fratura, de tibia e maleolo medial esquerdo. Conforme Certidão nº 0889/2019 emitida pela Medica Dra. Fabiana Fernandes de Araujo - CRM/PB 4516.

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

João Pessoa/PB, 08 de agosto de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


ACLELSON DA CONCEIÇÃO NUNES
Noticiante



Procedimento Policial: 08973.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 13:19:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090213192878400000032427723>

Número do documento: 20090213192878400000032427723

Num. 33895734 - Pág. 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **0275517159** 3 - CPF da vítima: **111.945.159-01** 4 - Nome completo da vítima: **Jackson de Conceição Nunes**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Jackson de Conceição Nunes	6 - CPF: 111.945.154-01		
7 - Profissão: motorista	8 - Endereço: Rua Santa Lucia	9 - Número: 155	10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Bayeur	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58305000
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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 5951 CONTA: 60997 5	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velhice)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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

40 - Local e Data:

Jacá Pessoa PB 32-06-2019

Edilson da Conceição Nunes

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
40 - Local e Data: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
41 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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: 208496 Atd: Nao Regul
Data: 25/02/2019
Hora: 06:07:51
Repcionista: EWERTON MORAIS DOS S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ACLELSON DA CONCEICAO

Num. Prontuario: 2019.02.002901

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988178341

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1989 Id: 29 ano(s)

End.: NAO ENCONTRADO,OPACIENTE NAO SOUBE INFORMAR MAIORES DADOS

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: MARIA DA PENHA DA CONCEICAO Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO (A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Local: UNIDADE DE SAUDE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violencia por: NAO .

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura: 165 CM

Glicemias: IMC:

Circ. Abd: O2%:



CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vomito | |

Queixa Principal:

*Paciente subscunhado do HEPOL com
farto FELHAR nos ossos do pé e TNE*

Observação:

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Ex: Todo supurativo
Internado.*

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação



MARIA DA PENHA CONCEICAO NUNES
RUA SANHUA, 155 - CENTRO
BAYEUX / PB CEP: 58305000 (AG. 1)

Ligacao: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTCB1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 2 - 8 - 71 - 7080
Medidor: 00000326421

Referencia: Jul / 2019
Emissao: 05/07/2019



energisa

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Jul / 2019	05/07/2019	06/08/2019	176.946.124-87

UC (Unidade Consumidora):

5/286696-0

Consumo

Valor (R\$)	%
30,37	19,65
45,59	29,49
4,73	3,00

Além disso, é proibido mandar o recibo do documento, tempo, produzir endereço de e-mail ou outros produtos químicos. Se o cliente com deios ou outros de calor, papel ou luz do solo, lâmpadas fluorescentes, frutas de calor, sôis, mos e prado tomar alguns cuidados, evite expor o



CERTIDÃO

Nº. 0889/2019

Atendendo solicitação de **ABRAÃO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 208496 e prontuário 2019.02.2901 pertencentes a **ACLELSON DA CONCEIÇÃO** que foi atendido dia 25/02/2019 às 06H07min, vítima de colisão de carro x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia e maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/03/2019 com alta médica dia 13/03/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de junho de 2019


Médica
CRM/PB 4516

Dra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516



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: 208496 Atd: Nao Regul
Data: 25/02/2019
Hora: 06:07:51
Repcionista: EWERTON MORAIS DOS S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ACLELSON DA CONCEICAO

Num. Prontuario: 2019.02.002901

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988178341

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1989 Id: 29 ano(s)

End.: NAO ENCONTRADO, O PACIENTE NAO SOUBE INFORMAR MAIORES DADOS

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: MARIA DA PENHA DA CONCEICAO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

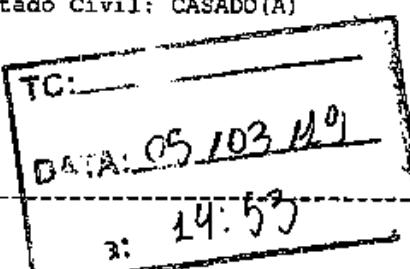
Local: UNIDADE DE SAUDE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

TIpo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemias:

IMC:

Circ. Abd:

02%:



[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

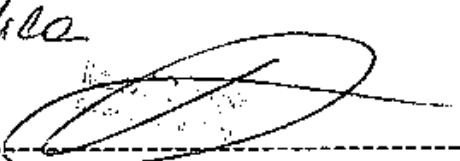
[] Vomito

Queda Principal

Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Ex: Todo suprimentos
Internado.



Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão



ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

----- | Reservado p/ liberacao

----- | Assinatura da Enfermagem |

ROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



Nome: <i>Acelson da Conceição</i>			Registro:		
Idade: 29 a	Sexo: Mas	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>13/03/2019</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Lessa</i>		
Anestesista: <i>Ribamar</i>			Instrumentador: <i>Tânia</i>		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Fratura Segmentar de Tíbia Esquerda</i>	<i>S82.2</i>
<i>Fratura do Maléolo Medial Esquerda</i>	<i>S82.5</i>

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>O mesmo</i>	

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não

Descreva:

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 dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura segmentar da tibia e maléolo medial

Visualização de lesão da sindesmose

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 Placa DCP estreita ø 4.5mm medial

Aposição de 01 Placa DCP estreita ø 4.5mm lateral

Aposição de 13 parafusos corticais ø 4.5mm

Aposição de 01 parafuso esponjoso ø 4.5mm

Aposição de 01 parafuso maleolar ø 3.5mm em maléolo medial

Aposição de 01 parafuso maleolar ø 3.5mm transtendemoidal + 01 Arruela ø 3.5mm

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:

*Dr. Alexandre Galvão
Ortopedista Traumatologista
CRM 8285 SP 10.9603*

MÉDICO/CRM

Data: 13/03/2019



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Aclelson da Conceição</i>					PRONTUÁRIO N°	
IDADE <i>29 anos</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO <i>25/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>16/03/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>19 dias</i>		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Segmentar de Tíbia Esquerda</i>					CID <i>S82.2</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO		<input type="checkbox"/> CURADO
ÓBITO						
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura Segmentar da Tíbia e maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna com placa e parafusos após. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA						
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...						
ESPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacin, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.						
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.						
Dr. Klênio Farias da Nóbrega Res. Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 11094						
13/03/2019 DATA ASS. MÉDICO / C.R.M						
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO						



Dr .Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Aclenson da Conceição Nunes é portador do CID : S 82.2 + S 82.5 +

Q.72 proveniente de fratura de tibia e maléolo esquerdo acompanhado de redução de membro inferior ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 75 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

21-08-2019

Dr. Anuar Murad Filho
Médico - CRM-PB 8.742
Av. Dr. João da Mata, nº 400
João Pessoa - PB



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N° 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ACLELSON DA CONCEICAO NUNES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3552108 SSDS PB

CPF
111.945.154-01 DATA NASCIMENTO
21/07/1989

FILIAÇÃO
ANTONIO NUNES DA SILVA

MARIA DA PENHA DA
CONCEICAO NUNES

PERMISSÃO ACC CATEG.
[REDACTED] [REDACTED] A

Nº REGISTRO
05931040281

VALIDADE
04/09/2018

1º HABILITAÇÃO
14/11/2013

OBSERVAÇÕES



Aclelson da conceicao nunes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
18/11/2014

Rodrigo Carvalho

85489846521
PB029595754

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN PB (PARAÍBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1009027480



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB **Nº 014202577961**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. RENAVAM - RAL. C.R. - EXERCÍCIO
1 0050725872-0 00/00000000 2019

VALDEREZ BENEDITO DE ANDRADE

CPF / CNPJ: 60305797468 PLACA: NPU4611/PB

PLACA ANT. / UF: NOVO PB CHASSI: 9C2JC4830DR006851

ESPECIE / TIPO: PAS / MOTONETA / NAO AFLIC COMBUSTIVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 EX ANO FAB.: 2012 ANO MOD.: 2013

CAR / PCT / CL: 2 P/124 / CI CATEGORIA: PARTIC COTA PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: VENC. COTA UNICA: 1^ª
PVA: FADA LIMA PARCELAMENTO / COTAS: 2^ª
PVA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 3^ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 11/01/2019

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

SANTA RITA - PB LOCAL: 16/01/2019 DATA: 16/01/2019

41939 42676

CONTINUA

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

PB Nº 014202577961 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 16/01/2019

VIA: 1 CPF / CNPJ: 60305797468 PLACA: NPU4611/PB

RENAVAM: 00507258720 MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 EX

ANO FAB.: 2012 COT. N.º: 9 CHASSI: 9C2JC4830DR006851

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TIRAR A SEU PAPEL PELO SEGURO (R\$)
***** SEGURADO PAGO

PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÂO
S COTA ÚNICA MARCADO 11/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.940.600/0001-04

42676-0842401-20190116



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB **Nº 014202577961**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. RENAVAM - RAL. C.R. - EXERCÍCIO
1 0050725872-0 00/00000000 2019

VALDEREZ BENEDITO DE ANDRADE

CPF / CNPJ: 60305797468 PLACA: NPU4611/PB

PLACA ANT. / UF: NOVO PB CHASSI: 9C2JC4830DR006851

ESPECIE / TIPO: PAS / MOTONETA / NAO AFLIC COMBUSTIVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 EX ANO FAB.: 2012 ANO MOD.: 2013

CAR / PCT / CL: 2 P/124 / CI CATEGORIA: PARTIC COTA PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: VENC. COTA UNICA: 1^º
PVA: FADA LIMA PARCELAMENTO / COTAS: 2^º
PVA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 3^º

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 11/01/2019

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

SANTA RITA - PB LOCAL: 16/01/2019 DATA: 16/01/2019

41939 42676

CONTINUA

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

PB Nº 014202577961 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 16/01/2019

VIA: 1 CPF / CNPJ: 60305797468 PLACA: NPU4611/PB

RENAVAM: 00507258720 MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 EX

ANO FAB.: 2012 COT. N.º: 9 CHASSI: 9C2JC4830DR006851

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TIRAR A SEU PAPEL PELO SEGURO (R\$)
***** SEGURADO PAGO

PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÂO
S COTA ÚNICA MARCADO 11/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.940.600/0001-04

42676-0842401-20190116



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 13:19:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090213192878400000032427723
Número do documento: 20090213192878400000032427723

Num. 33895734 - Pág. 22

SiNISTRO 3390.474675

Boa tarde!

Eu sou Adelson da Conceição Nunes, fui vítima de um acidente automobilístico, que me deixou sequelado para sempre. Solicitei o seguro DPVAT e recebi uma indenização com um valor muito abaixo da minha sequela, consultando a tabela de indenização do seguro DPVAT.

Fui ao médico, ele me deu um laudo que estou encaminhando a vocês. Peço que se possível agendem uma perícia médica porque mal consigo andar, além de não conseguir fazer quase nada.

Por favor vejam a minha situação.

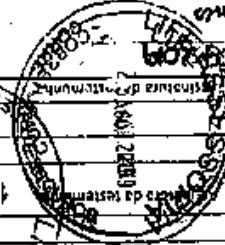
Obrigando,



Adelson da Conceição Nunes

23/08/2019



 <p>13 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>14 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>15 - CPF</p> <p>16 - RG (se houver)</p> <p>17 - Nome completo do Representante Legal</p> <p>18 - CPF do Representante Legal</p> <p>19 - Profissão do Representante Legal</p> <p>20 - Razão social da empresa ou nome fantasia</p> <p>21 - Endereço</p> <p>22 - Representação de autoridade de fundo social - PRESTACIONAMENTO SISTEMATICO COLETIVAMENTE PERMANENTE</p> <p>23 - Nome da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>24 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>25 - Nome da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>26 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>27 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>28 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>29 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>30 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>31 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>32 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>33 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>34 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>35 - Endereço da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>36 - CPF ou CNPJ da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>37 - Nome da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>38 - Nome da entidade ou autoridade de fundo social que autoriza a representação</p> <p>39 - Nome</p> <p>40 - CPF</p> <p>41 - RG</p> <p>42 - Endereço</p> <p>43 - Assinatura da Entidade ou Autoridade de Fundo Social</p> <p>44 - Assinatura da Entidade ou Autoridade de Fundo Social</p>	
---	--

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275517/19

Número do Sinistro: 3190474675

Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

CPF: 111.945.154-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019
Nome: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES
CPF: 111.945.154-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 13:19:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090213192878400000032427723>
Número do documento: 20090213192878400000032427723

Num. 33895734 - Pág. 25