



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
33895734	02/09/2020 13:19	<a href="#">2745342_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Carta nº 14696073





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://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, 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](http://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](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

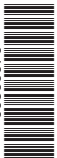
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00139/00140 - carta\_30 - INVALIDEZ

00360070



**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 SANHAUA, 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 tíbia 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 TORNOZELO 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 sequela (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  
( X ) 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: 0275537/139 3 - CPF da vítima: 111.945.154-01 4 - Nome completo da vítima: Ackerem de 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: Ackerem de Conceição Nunes 6 - CPF: 111.945.154-01  
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Rua. Sombria 9 - Número: 155 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59305000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3931 CONTA: 60997 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 (vivo/nascido)? ☐ 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

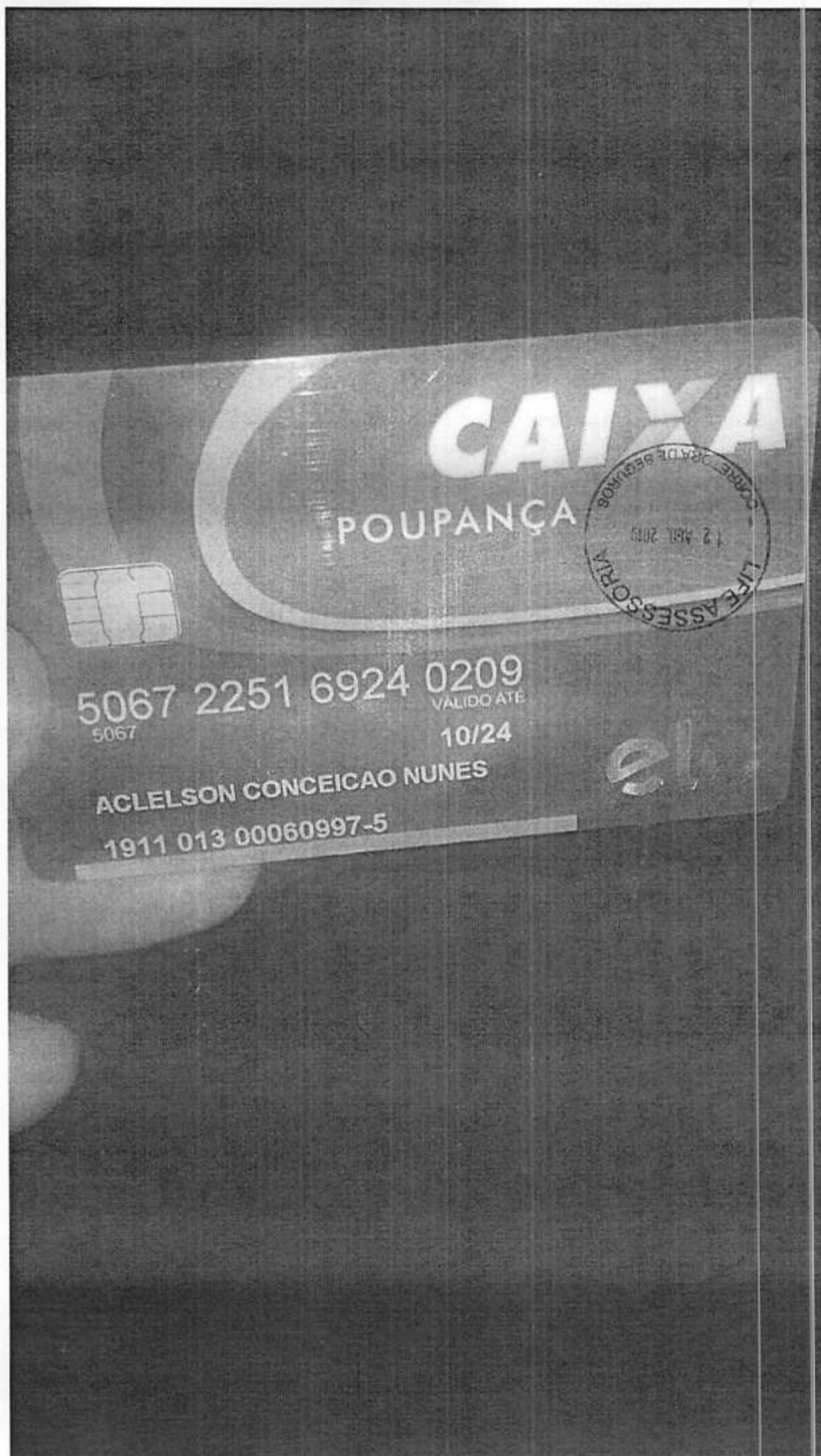
40 - Local e Data: Juazeiro do Norte, 20 de Maio de 2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019







SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª 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. Sanhaia, 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 Valderéz Benedito de Andrade- CPF: 603.057.974-68, na Rua que dá acesso ao bairro do Tibiri 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 Médica Dra. Fabiana Fernandes de Araújo - 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







## 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: 0275517/19 3 - CPF da vítima: 111.945.154-01 4 - Nome completo da vítima: Adelmo 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: Adelmo da Conceição Nunes 6 - CPF: 111.945.154-01  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Santana 9 - Número: 155 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53305000  
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): -

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

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

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

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: -

AGÊNCIA: 3911 CONTA: 60997 5

(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 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) (vivo)? ☐ 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: -

39 - 2ª Nome: -

CPF: -



40 - Local e Data, Bayeux PB 12-08-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11 V002/2019

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  
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS S  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ACLELSON DA CONCEICAO

Num. de vezes atendido: 1

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

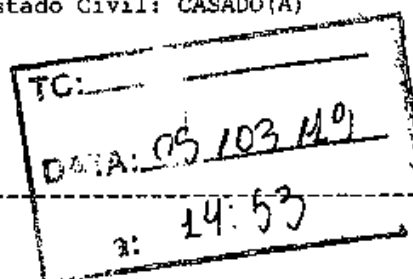
Especialidade: UNIDADE DE SAUDE TRAUMA

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:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:



CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Paciente encaminhado do HETENL com  
fratura FEMUR dos ossos do pulso e TALA (E)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

ES: Todo supinopelotica  
Interna

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



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

Ligacao: MONOFÁSICO  
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 2 - 8 - 71 - 7080  
Medidor: 00000328421

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



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B12309 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09 095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº027.491.305  
Cód. para Déb. Automático: 00002865960

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Jul / 2019

Apresentação

05/07/2019

Data prevista da  
próxima leitura

06/08/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

176.946.124-87

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/286696-0

Atenção: Este documento não precisa ser assinado. Se precisar manter o documento por mais de 5 dias, é necessário providenciar a assinatura. Se não for assinado, o documento não será válido. O valor da conta é de R\$ 30,37. O valor da taxa de serviço é de R\$ 45,59. O valor da taxa de entrega é de R\$ 4,78. O valor total é de R\$ 80,74. O valor da taxa de juros é de R\$ 29,49. O valor total com juros é de R\$ 110,23.

Valor (R\$)	%
30,37	19,86
45,59	29,49
4,78	3,06



## 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 tíbia 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de junho de 2019

  
\_\_\_\_\_  
Médica  
CRM/PB 4516

*Dr. 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 Atcd: Nao Regul  
Data: 25/02/2019  
Hora: 06:07:51  
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS S  
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ACLELSON DA CONCEICAO

Num. de vezes atendido: 1

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

Ocupacao: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

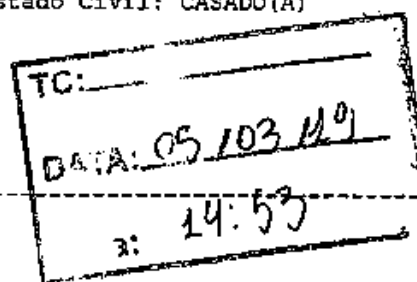
End. de referencia: UNIDADE DE SAUDE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:



CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- |                       |               |
|-----------------------|---------------|
| [ ] Aparentemente Bem | [ ] Grave     |
| [ ] Politraumatizado  | [ ] Convulsao |
| [ ] Hemorragia        | [ ] Dispneia  |
| [ ] Diarreia          | [ ] Agitado   |
| [ ] Regular           | [ ] Chocado   |
| [ ] Vomito            |               |

Queixa Principal

Observacao

Queixa Principal: Dor no membro do HEMORRAL com  
fratura FEMORAL dos ossos do membro, TUB (E)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

ES: Todo supracitado  
Internado.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

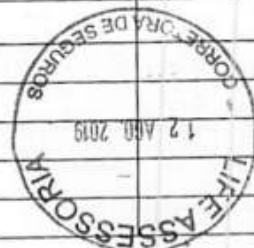
DESTINO DO PACIENTE

☐ 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: <i>29 a</i>	Sexo: <i>Mas</i>	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>		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Fratura Segmentar de Tíbia Esquerda</i>				<i>S82.2</i>	
<i>Fratura do Maléolo Medial Esquerda</i>				<i>S82.5</i>	
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>					
<div style="text-align: right;">  </div>					
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 transindesmoidal + 01 Arruela ø 3.5mm**Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%**Realizado RX controle*

## Fechamento:

*Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele**Curativo*

## OBS:

Data: 13/03/2019

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SP 93603

MÉDICO/CRM



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <i>Aclelson da Conceição</i>				PRONTUÁRIO Nº	
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>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					
<b>RESUMO CLÍNICO</b> (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>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, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b> <b>DIETA:</b> <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i> <b>POUSO:</b> Relativo em casa por <b>15</b> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <b>30</b> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>45</b> dias e com esforço maior em <b>90</b> dias. <b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. <b>MEDICAÇÕES PARA CASA:</b> <i>Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
<b>RETORNO:</b> Ao posto de saúde em <b>21</b> dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em <b>21</b> dias para revisão.					
<b>13/03/2019</b> DATA			<b>Dr. Klênio Farias da Nobrega</b> Res. Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 11094 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*

*Clínica 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 Silva, nº 401  
João Pessoa - PB



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

*Rua : Antônio Rubelo Júnior N° - 170 ( Miramar - João Pessoa ) C.T.P : 58032-090*





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ACLELSON DA CONCEICAO NUNES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3552108 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO  
111.945.154-01 21/07/1989

FILIAÇÃO  
ANTONIO NUNES DA SILVA  
MARIA DA PENHA DA  
CONCEICAO NUNES

PERMISSÃO

ACC

CAT. H.B.

A

Nº REGISTRO  
05931040281

VALIDADE  
04/09/2018

1ª HABILITAÇÃO  
14/11/2013

OBSERVAÇÕES



*Aclelson da conceicao nunes*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
18/11/2014

*Rodrigo Carvalho*

85489846521  
PB029595754

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PB (PARA)

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1009027480

PROIBIDO PLASTIFICAR

1009027480



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

Nº **014202577961**  
PRT 20190000022950-7

VIA 1 0050725872-0 00/00000000 2019

NOME  
**VALDEREZ BENEDITO DE ANDRADE**

CPF / CNPJ  
**60305797468** PLACA  
**NPU4611/PB**

PLACA ANT / UF  
**NOVO PB** CHASSI  
**9C2JC4830DR006851**

ESPECIE TIPO  
**PAS/MOTONETA/NAO APLIC** COMBUSTÍVEL  
**ALCO/GASOL**

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

CAP / POT / CL. / CATEGORIA  
**2 P/124 / CI PARTIC** COR PREDOMINANTE  
**VERMELHA**


COTA ÚNICA  
**00/00/0000** 1ª VENC. / COTAS  
**00/00/0000** 2ª  
**0** 3ª

PRAZO LTV A PARCELAMENTO / COTAS  
**0**

PREMIO TARIFARIO (R\$) IDP (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
**\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 11/01/2019**

OBSERVAÇÕES  
**SEM RESERVA DE DOMINIO**

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

41939  42676

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAUO - 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 DATA EMISSÃO  
**2019 16/01/2019**

VIA 1 0050725872-0 00/00000000 2019

CPF / CNPJ  
**60305797468** PLACA  
**NPU4611/PB**

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

ANO FAB. / ANO MOD.  
**2012 / 2013** CATEGORIA  
**2 P/124 / CI PARTIC**

CHASSI  
**9C2JC4830DR006851**

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

PNS (R\$) DENATVIM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
**\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\***

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDP (R\$) TRILASER/ALCO SEGURO (R\$)  
**\*\*\*\*\* SEGURO P A G O \*\*\*\*\***

PAGAMENTO DATA DE OUTRAGAO  
**S COTA ÚNICA PARCELADO 11/01/2019**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 08.345.608/0001-04

42676-0842401-20190116



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB** Nº **014202577961**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1 0050725872-0 00/00000000 2019  
RUA: 20190000022950-7

NOME: **VALDREZ BENEDITO DE ANDRADE**

CPF / CNPJ: 60305797468 PLACA: **NPU4611/PB**

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

ESPECIE TIPO: **PAS/MOTONETA/NAO APLIC** COMBUSTÍVEL: **ALCO/GASOL**

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

CAP / POT / CL: **2 P/124 /CI** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **VERMELHA**

COTA ÚNICA: 00/00/0000 1ª VENC / COTAS: 2ª 3ª

PASSA LIVRA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): \*\*\*\*\* IDP (R\$): \*\*\*\*\* PRÊMIO TOTAL (R\$): \*\*\*\*\* DATA DE PAGAMENTO: **11/01/2019**

\*\*\*\*\* **SEGURO P A G O** \*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

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

41939  42676

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAUO - 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 60305797468 PLACA: **NPU4611/PB**

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

ANO FAB: **2012** CAT EMP: **9** Nº CHASSI: **9C2JC4830DR006851**

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

PNS (R\$): \*\*\*\*\* DENATVIM (R\$): \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$): \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$): \*\*\*\*\* IDP (R\$): \*\*\*\*\* TRANSFERÊNCIA SEGURO (R\$): \*\*\*\*\*

PAGAMENTO: **SEGURO** DATA DE OUTRAGÃO: **11/01/2019**

**SEGURO** **P A G O**

**SEGURODPVAT**  
CNPJ 08.345.608/0001-04

42676-0842401-20190116



Bom tarde!

Eu sou Acelson 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 seqüela, consultando a tabela de indenização do seguro DPVAT.

Fui ao médico, ele me deu um laudo que estou enviando a você. 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.

Obrigado,

Acelson da Conceição Nunes



23/08/2019







## 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

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: ACLELSON DA  
CONCEICAO NUNES

CPF de: Próprio

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 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

