
Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190517828

Vítima: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO FERREIRA DA SILVA

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 13/07/2019, emitido pelo Dr. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA CRM nº 3137 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190517828

Vítima: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FERREIRA DA SILVA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0307633/139
3 - CPF da vítima: 395.903.054-15
4 - Nome completo da vítima: Antonio Ferreira de Silva

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

5 - Nome completo: Antonio Ferreira de Silva
6 - CPF: 395.903.054-15
7 - Profissão: Informou
8 - Endereço: Janelite Jane Remelha Sobrinho
9 - Número: 29
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Grememe
12 - Cidade: Jequié
13 - Estado: PB
14 - CEP: 59069-425
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 193/99929029

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: ITAÚ
AGÊNCIA: 8210 CONTA: 10503
(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 (vai nascer)? ☐ 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 ressarcimento, 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, Jequié - 05-09-2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0736 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: CLEODON CARLOS FERREIRA NETO	Posto/Graduação: SD/PM			
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Diógenes Chianca	Hora 12:30	Bairro Água Fria	Município: João Pessoa	U F PB	
Data da Ocorrência 12/10/2018	Dia da Semana Sexta-feira	C/S Vitima (QT) Com/01	Tipo de Acidente Col. Lateral	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do tráfego Sinalização vertical			

CONDUTOR 01

Nome José Almir Campos	Sexo Masculino	Nascimento 30/10/1979	RG 2272192/PB				
Endereço Rua Golfo de Bengala, 170, Ap. 101, Intermare, Cabedelo, PB – Tel.(083)98846-1339							
1ª Habilitação 06/07/2007	Categoria AE	Registro CNH N.º 04136232977	U.F. RJ	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 27/03/2021	Usava cinto Sim	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim(0,00 mg/l)			Destino do Condutor Permaneceu no local				

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Fiat Pálio	Espécie Automóvel	Placa PFW 8141	Categoria Particular	Município Vertente do Lênio	U.F. PE
Nome do Proprietário Alba Aparecida Campos Martins					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013815785234	Renavan N.º 491589190	Data da Emissão 23/03/2018		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via “A”, sentido José Américo – BR230 e que o V2, que transitava atrás do V1, ultrapassou seu veículo pela direita vindo a colidir na lateral do mesmo.

CONDUTOR 02

Nome Antônio Ferreira da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 28/07/1964	RG 980586/PB				
Endereço Rua Jornalista José Ramalho, 29, Colinas do Sul II, PB – Tel.(083)988124254							
1ª Habilitação 22/12/1986	Categoria AD	Registro CNH N.º 03360966598	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 17/07/2019	Usava cinto -	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não			Destino do Condutor Socorrido ao Hospital Ortotrauma				

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Honda Titan	Espécie Motocicleta	Placa MOT 5094	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Antônio Ferreira da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 0138133573485	Renavan N.º 0020342855-2	Data da Emissão 24/04/2018		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Foi ouvido no BPTran, no dia 16/10/2018, às 09h40, declarou que trafegava na via “A”, na faixa da direita, no sentido José Américo/BR 230 quando adentrou a via “B”, foi atingindo pelo V1, na parte traseira do V2.

ASSINATURA DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Assinatura de Conformidade com o Original
Assinatura: **02/04/19**
ASSINATURA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0736 - 2018

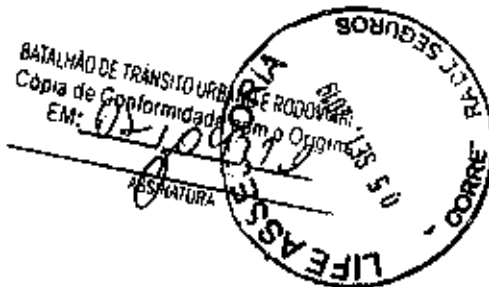
VÍTIMA 01

Nome Antônio Ferreira da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 28/07/1964	Viajava no Veículo N° 02
Endereço Rua Jornalista José Ramalho, 29, Colinas do Sul II, PB - Tel.(083)988124254			
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital	Usava Cinto -	Usava Capacete Sim

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o V1 e V2 trafegavam no mesmo sentido de direção e que a colisão se deu na via "B", que se tratava de uma via de sentido duplo e que havia sinalização vertical no local, que o C2 foi socorrido para o Ortotrauma, que o V2 foi removido para pátio do BPTran para conclusão do BOAT e o V1 liberado.

João Pessoa - PB, 17 de Outubro de 2018.



Cleodân Carlos Ferreira Neto - SD PM
Responsável pelo Levantamento



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



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0736/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Hilton Souto Maior 07,00metros

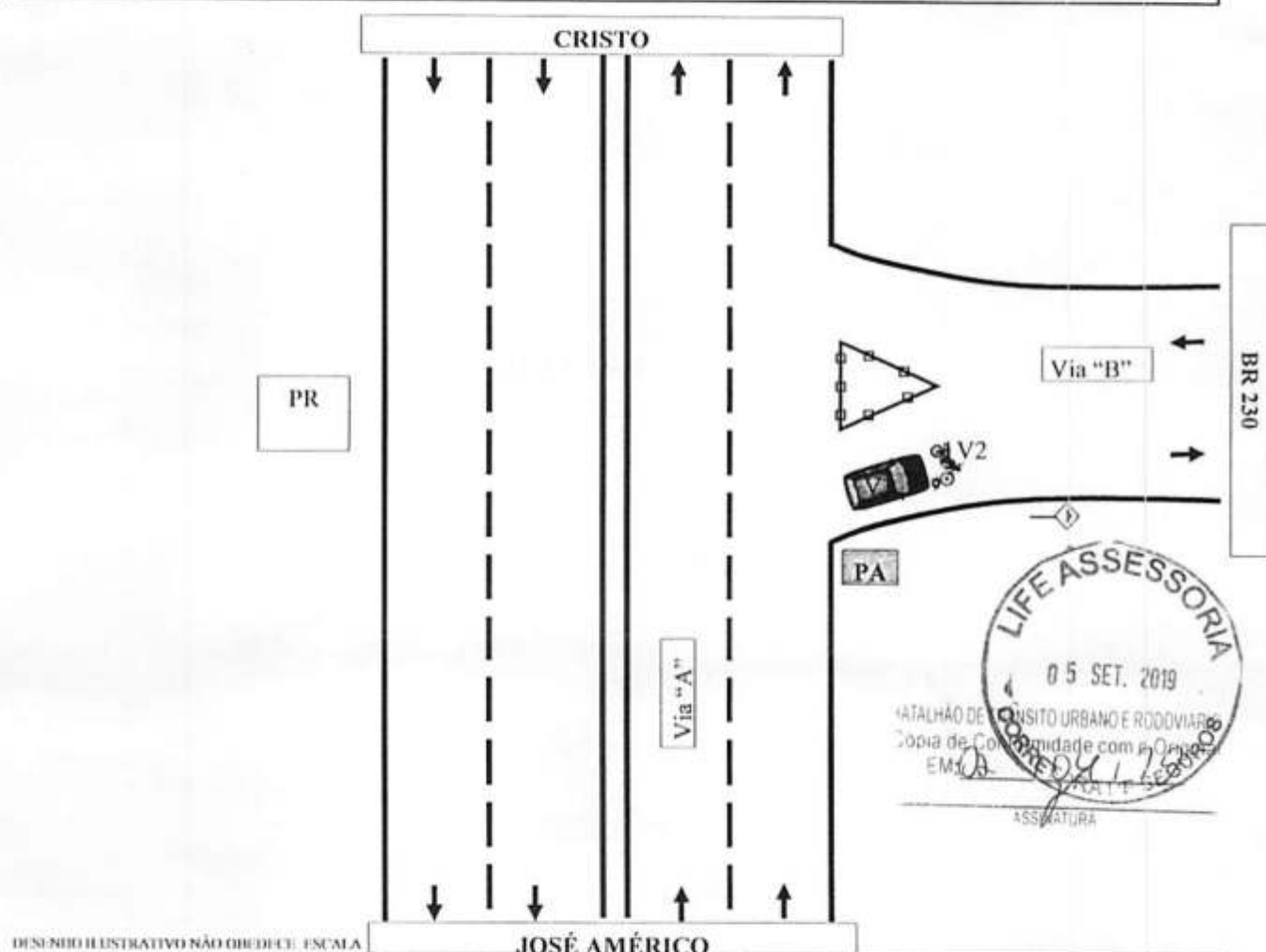
VIA "B" - Rua Diógenes Chianca 07,00metros

PR (Ponto de Referência) trevo Auto Shopping

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 10.00 e Traseiro Direito 08.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 10.90 e Traseiro Direito 08.80 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

JOSÉ AMÉRICO

AVARIAS



V1



V2

Cleodon Carlos Ferreira Neto Sd/PM
Responsável pelo Levantamento

RECEBIDO
EM: 02/04/19
ca



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0736/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
FM: 104104/12
ASSINATURA

Cleodon Carlos Ferreira Neto Sd/PM
Responsável pelo Levantamento



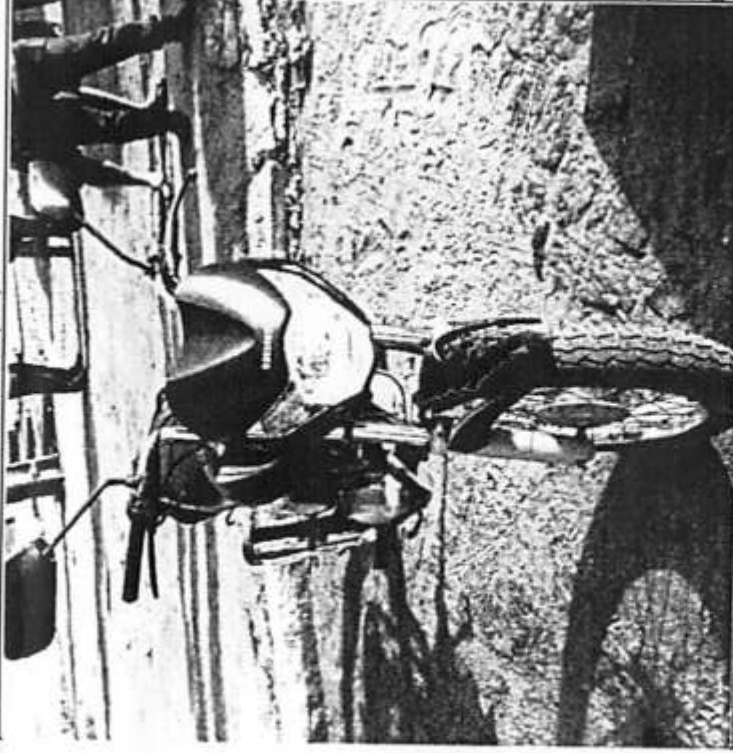
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



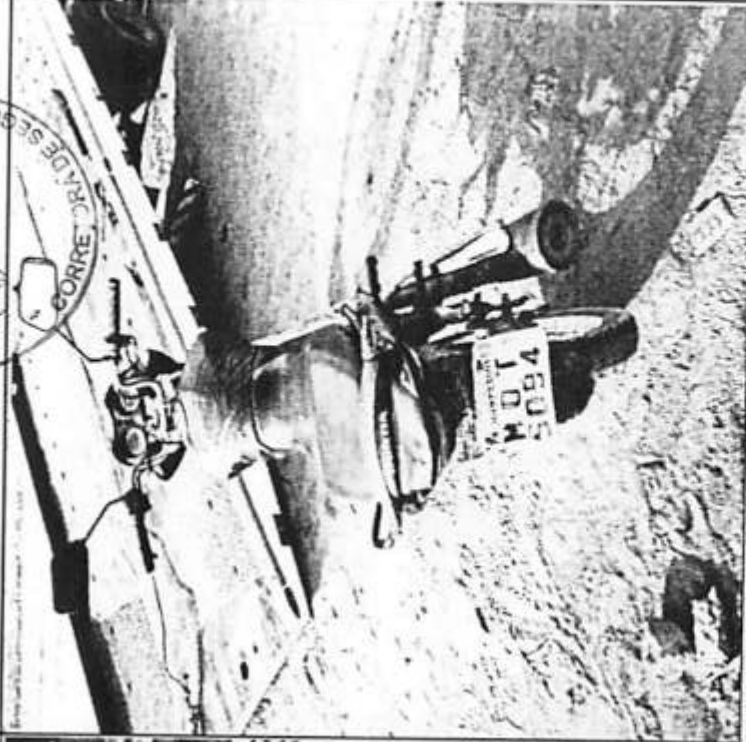
BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0736/2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



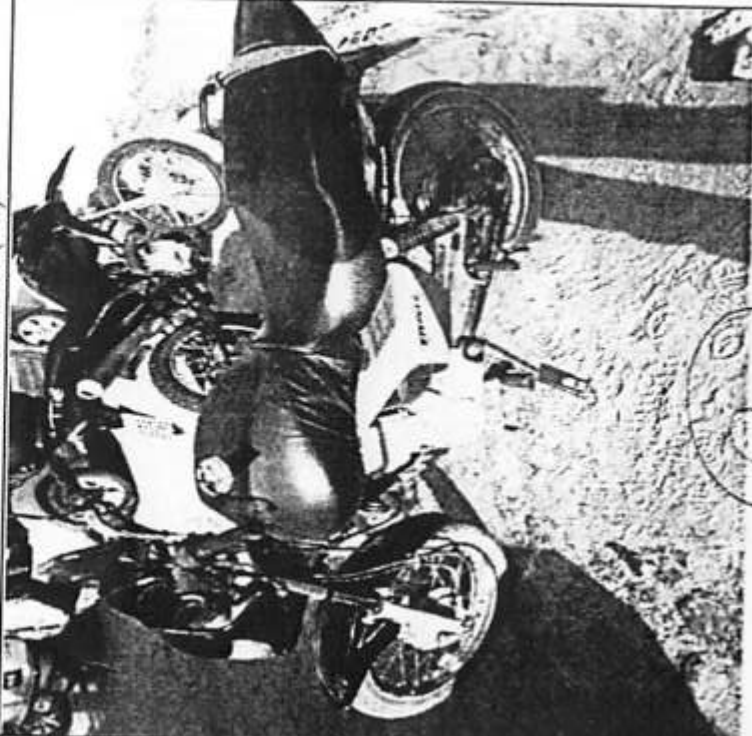
TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)





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



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0736 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
Fiat Pálio

Placa:
PFW 8141

Responsável pelo Preenchimento:
SD Cleodon

Data:
12/10/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

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

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

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

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

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

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
Honda Titan

Placa:
MOT 5094

Responsável pelo Preenchimento:
SD Cleodon

Data:
12/10/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

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

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

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

João Pessoa-PB, 17 de Outubro de 2018.

Cleodon Carlos Ferreira Neto – SD PM
Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 02/10/2018
ASSINATURA

EM BRANCO

EM BRANCO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0307633/139
3 - CPF da vítima: 395.903.054-15
4 - Nome completo da vítima: Antonio Ferreira de Silva

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

5 - Nome completo: Antonio Ferreira de Silva
6 - CPF: 395.903.054-15
7 - Profissão: Informou
8 - Endereço: Janelite Jone Remelho Sobrinho
9 - Número: 29
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Janelite
12 - Cidade: Jequiá
13 - Estado: PB
14 - CEP: 59069-425
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 193/999929029

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: ITAÚ

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 9210 CONTA: 10503
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (vai nascer)? ☐ 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 enquadram e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprensa 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



TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Jequiá 05-09-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Antonio Ferreira de Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Ficha Nr: 171934 Atd: Nao Regul
Data: 12/10/2018
Hora: 13:38:01
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

SERVIÇO DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.10.001724

Nome: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Sexo: SEM GND Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988124254

End: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/1964 Id: 54 ano(s)

End: JORNALISTA JOSE RAMALHO, 29

End: COSTA E SILVA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

End: ANTONIA FERREIRA DE LIMA

Pai: ANTONIO CLAUDINO DA SILVA

End: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

End: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

End: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

End: Responsavel: 988124254 / SEM DOCUMENTO: SD

End: ANA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL, CARROXOTO(COND) 12/10 A TARDE

Vitima de violência por: JOSE AMERICO FRENTE A TRANSNACIONAL

End: Policial

CONDICAO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

End: de Classificacao de Risco: AMARELO

End: FR:
End: TP:
End: Altura:
End: IMC:
End: Q24:

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

End: Principal

End: CARRO X MOTO, COM TRAUMA EM MIE



End: - Físico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de trauma com lesão contusa em pé esquerdo devido a a
carro x moto às 12.00 horas de hoje aproximadamente. Refere uso de capacete
nessa trauma torácico chegou a UTI, digo, a emergência com pé imobilizado.
Paciente, humido e consciente.

End: Conduta

End: Conduta

① Atendimento inicial
② Radiografia de Pé (D), AP e Oblíquo
③ Avaliação de Ortopedia

End: Horário da medicacao

End: Horário da medicacao

03/10/2018

Fatura Mensal

(Pág.: 01/01)



CTC RECIFE PE PL12
ANTONIO FERREIRA DA SILVA
JORNALISTA JOSE RAMALHO DE LIMA 29 CASA
GRAMAME
58068-425 JOAO PESSOA PB

MAKRO VISA NACIONAL

Cartão 4180.47**.****.3031



7209036539388230000001490730260719

DT. POST.: 26/07/2019 - DT. VENC.: 06/08/2019



CENTRAL DE COBRANÇA

4004-5505

DATA DE VENCIMENTO

06/08/2019

LOCAL ACORDO

00889

VALOR DESTA FATURA

R\$ 109,06

PLANO DE ACORDO

Data
06/03/2019

Descrição
ENTRADA
LANÇADA E PAG.

Valor em R\$
50,00
109,06



CERTIDÃO

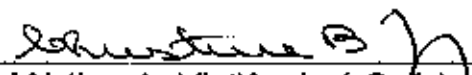
Nº. 1229/2019

Atendendo solicitação de **ANTONIO FERREIRA DA SILVA** 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 Nº171934 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 12/10/2018 às 13H38min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de julho de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CENTRO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
END: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA - PB Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1980 CNPJ: 08.907.088/0001-91

Ficha Nr: 171934 Atd: Nao Regul
Data: 12/10/2018
Hora: 13:38:01
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

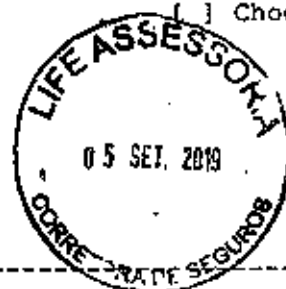
SABOR DO PACIENTE
Nome: ANTONIO FERREIRA DA SILVA
Sexo: SEM Gênero: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988124254
Endereço: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/1964 Id: 54 ano(s)
Profissão: JORNALISTA JOSE RAMALHO, 29
Endereço: COSTA E SILVA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: ANTONIA FERREIRA DE LIMA Pai: ANTONIO CLAUDINO DA SILVA
Religião: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES) Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Nome: ANTONIO FERREIRA DA SILVA
Endereço: Responsavel: 988124254 / SEM DOCUMENTO: SD
Grau de parentesco: PAA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COL, CARROXOTO(COND) 12/10 A TARDE
Vitima de violência por: JOSE AMERICO FREITE A TRANSNACIONA
Tipo de Policial

CONDICAO DO PACIENTE
Grau de classificação de Risco: AMARELO
Idade: 54
Sexo: M
TP: 12/10
Altura: 1,70
IMC: 24,5
Oximetria: 98%
Sinais vitais: 120/80/60/20
Observações: VITIMA CARRO X MOTO, COM TRAUMA EM MIE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito
Observacao



Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de trauma com lesão contusa em pé esquerdo devido a um carro x moto às 12:00 horas de hoje aproximadamente. Refere uso de capacete na sua trauma torácica. Chegou a UTE, depois a emergência com pé imobilizado. Paciente, humil e orientado.

Conduta: 1) Atendimento inicial
2) Radiografia de P.E. AP e Oblíquo
3) Avaliação de Oligoqueto
Horario da medicacao

0301060061

Assinatura e Carimbo do Médico (assinatura e carimbo)

12/10/18

Tranque em pé e ei

olho e edema local sem
sinais de fratura

col: Tala Gorte

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao


Dr. Heider Romero L. Nobrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 50597 EOT 6511

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico

Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI ☒
Enfermaria ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Médico/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006

SEST SENATServiço Social de Transporte
Serviço Nacional de
Aprendizagem de Transporte**Fisioterapia**Ana Patricia Gomes Clementino
Fisioterapeuta-CREFITO 135224-5Mat.: **SEST****Cartão de Marcação**Nome do Paciente: Antonio Fereira

Data	Horário	Observação
26.07	manhã	Atendimento
29.07	manhã	Atendimento
31.07	manhã	Atendimento
02.08	manhã	Atendimento
07.08	manhã	Atendimento
09.08	manhã	Atendimento
12.08	manhã	Atendimento
14.08	manhã	Atendimento
16.08	manhã	Atendimento
19.08	manhã	Atendimento
21.08	manhã	Atendimento - 1º
23.08	manhã	Atendimento
26.08	manhã	Atendimento
28.08	manhã	Atendimento
30.08	manhã	Atendimento

SEST SENAT DE JOÃO PESSOA - Rua: Cel. João Costa e Silva, 201 - Distrito Industrial
João Pessoa - PB - CEP 58.080-410 - TELEFONES: (83) 3533-1449 / 3533-1447

NOME: ANTONIO FERREIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1964
DATA DO EXAME: 15/07/2019



ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Exame realizado com transdutor linear de alta resolução

O tendão supraespinhal apresenta aumento de espessura e ecogenicidade heterogênea, com microrupturas intrasubstanciais e focos ecogênicos de fibrose em meio às suas fibras. Adicionalmente observa-se ruptura parcial intrasubstancial de alto grau comprometendo fibras bursais insercionais anteriores, com retração de 1,5 cm.

Os tendões subescapular e infraespinhal apresentam aumento de espessura e ecotextura heterogênea.

Tendão do cabo longo do biceps de calibre aumentado e ecotextura heterogênea, observando-se aumento de líquido em sua goteira, achados relacionados a processo inflamatório. O mesmo localiza-se na goteira bicipital, sem evidência de luxação à manobra de rotação do braço.

Bursa subacromial-subdeltóidea com espessura aumentada por distensão líquida.

Não há sinais de derrame articular.

Distensão cápsulo-ligamentar da articulação acromioclavicular.

Irregularidades ósseas na cabeça umeral.

CONCLUSÃO:

Tendinopatia dos tendões componentes do manguito rotador com microrupturas intrasubstanciais e focos de fibrose.

Ruptura parcial intrasubstancial de alto grau da porção insercional do supraespinhal.

Tenossinovite do bicipital.

Bursite subacromial-subdeltóidea.

Distensão cápsulo-ligamentar da articulação acromioclavicular.

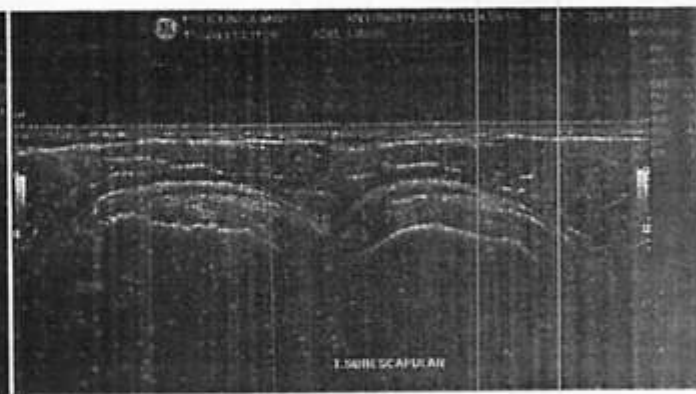
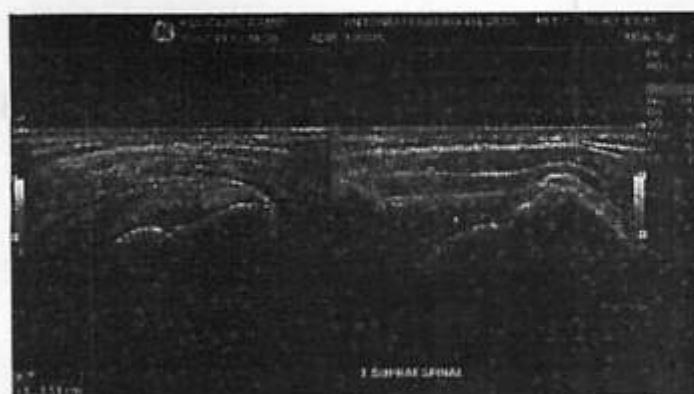
Irregularidades ósseas na cabeça umeral.



João Pessoa - PB, 15 de julho de 2019

Dr. Gustavo Grespo Carvalho
CRM-PB 10147

POLICLÍNICA DO AMIP
AV. dos Tabajaras, 782, Centro, João Pessoa-PB
(83) 3208-2828



NOME: ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1964

DATA DO EXAME: 17/07/2019
CONVENIO: SINDICATO DOS MOTORISTAS



RAIO X DA COLUNA CERVICAL

Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior conservados.
Redução da amplitude dos espaços intervertebrais comprometendo os níveis de C5-C6 e C6-C7, acompanhados de proliferações osteofitárias marginais e esclerose óssea subcondral.
Discreta ossificação na inserção do ligamento longitudinal anterior.
Osteoartrose das articulações interapofisárias e uncovertebrais, notadamente no segmento cervical médio.
Lordose cervical fisiológica conservada.
Tecidos moles e planos musculares paravertebrais simétricos.

RAIO X DA COLUNA DORSAL

Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior conservados.
Leve redução da amplitude dos espaços intervertebrais acompanhados de discreto grau de esclerose óssea subcondral.
Osteoartrose incipiente das articulações interapofisárias.
Articulações costovertebrais sem particularidades significativas ao estudo radiológico simples.
Leve retificação da cifose dorsal fisiológica.
Pêdiculos vertebrais visibilizados íntegros.
Não há curvas escolióticas significativas no segmento dorsal da coluna vertebral.
Tecidos moles e planos musculares paravertebrais simétricos.

RAIO X DA COLUNA LOMBOSSACRA

Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior conservados, observando-se proliferações osteofitárias marginais anterolaterais.
Leve redução da amplitude dos espaços intervertebrais comprometendo os níveis de L1-L2 e L5-S1.
Demais espaços intervertebrais com amplitude preservada.
Leve retificação da lordose lombar fisiológica.
Pêdiculos vertebrais visibilizados íntegros.
Osteoartrose das articulações interapofisárias L5-S1.
Articulações sacroilíacas sem particularidades significativas ao estudo radiológico simples.
Não há curvas escolióticas significativas no segmento lombar da coluna vertebral.
Tecidos moles e planos musculares paravertebrais simétricos.



Dr. Gustavo Crespo Carvalho
CRM-PB 10147

NOME: ANTONIO FERREIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1964
DATA DO EXAME: 15/07/2019



ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Exame realizado com transdutor Linear multifrequencial de alta resolução

Tendão extensor comum dos dedos apresenta aumento de espessura e padrão fibrilar heterogêneo, achados relacionados a processo inflamatório

Camadas dermoepidérmicas ultrassonograficamente conservadas.

Planos musculares e adiposos estão preservados.

Tendões flexores dos dedos sem evidência de espessamento ou acúmulo de líquido.

Não se caracterizam nódulos sólidos expansivos junto aos metatarsos.

Aumento da espessura e padrão fibrilar heterogêneo da porção insercional da fâscia plantar.

Leve distensão líquida das bursas intermetatársicas do 1º e 2º espaços.

Não há sinais de derrame articular no compartimento anterior tibio-talar.

Entesopatia insercional distal do Aquiles de 0,8 cm no aspecto posterior do calcâneo.

CONCLUSÃO:

Tendinopatia do extensor comum dos dedos na face dorsal.

Fasciíte plantar insercional.

Bursite intermetatársica.

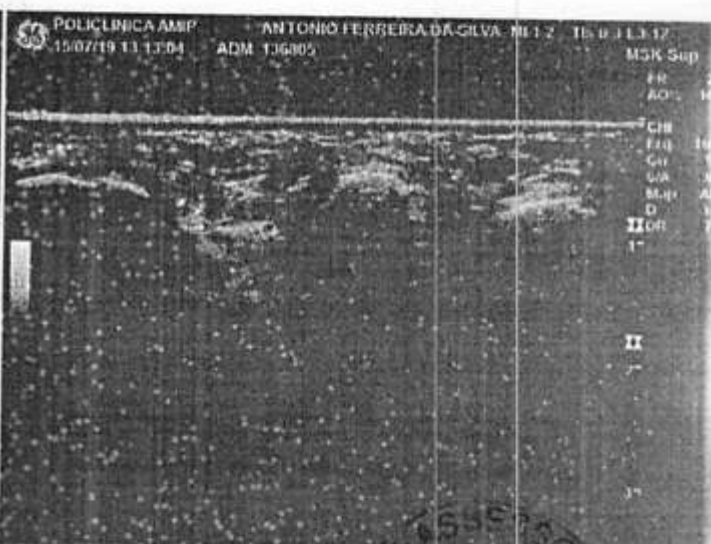
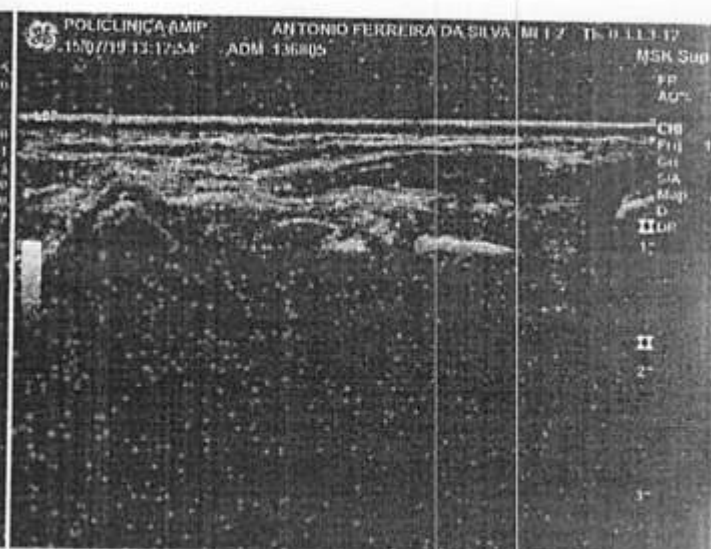
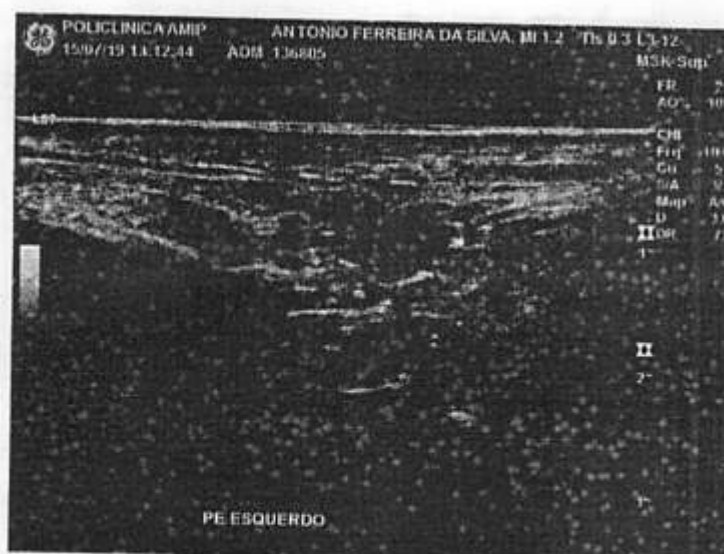
Entesopatia insercional distal do Aquiles

João Pessoa – PB, 15 de julho de 2018

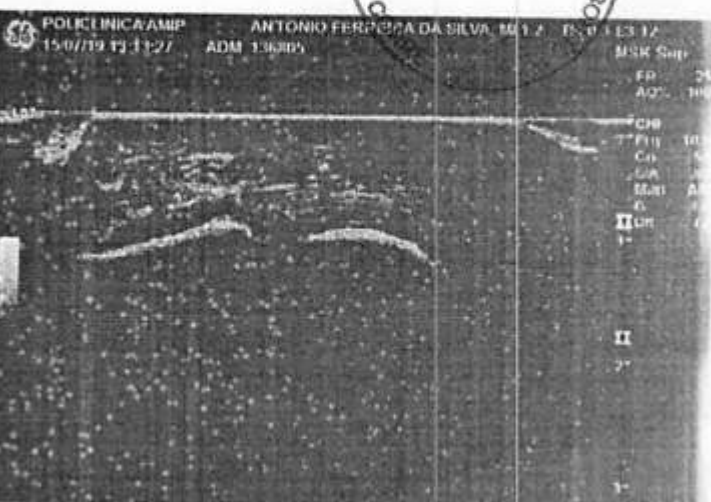
Dr. Gustavo Crespo Carvalho
CRM-PB 10147



POLICLÍNICA DO AMIP
AV. dos Tabajaras, 782, Centro, João Pessoa-PB
(83) 3208-2828



LIFE ASSURANCE
05 SET. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ANTONIO FERREIRA DA SILVA

RG IDENTIDADE / RG 40-10
 980686 SSP PB

CPF
 395.903.054-15

DATA NASCIMENTO
 28/07/1964

FILIAÇÃO
 ANTONIO CLAUDINO DA SILVA
 ANTONIA FERREIRA DE LIMA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 AD

Nº REGISTRO
 03360966598

VALIDADE
 09/07/2024

1ª HABILITAÇÃO
 22/12/1986

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1838287330



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETAN - PB Nº 013813573485
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RGT 2018000010210712
1 0020342855-2 00/00000000 2018

ANTONIO FERREIRA DA SILVA

39590305415 MOT5094/PB

ROVO PB 9C2KC1620AR032739

PRACA/MOTOCICLO 150 TITAN MIXES 2010 2010

2 9/149 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

2º

3º

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO 24/04/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

DATA 05/06/2018

48419

PB Nº 013813573485 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 2018 DATA EMISSÃO 04/06/2018

39590305415 MOT5094/PB

00203428552 HONDA/CG 150 TITAN MIXES

2010 9C2KC1620AR032739

2010 9

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** OF (R\$) SEGURO PAGO

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 24/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
00417-1000045-20100000





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Antonio Ferreira de Silva
DATA DO ACIDENTE 12.10.2018 CPF DA VITIMA 395.903.054-35
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR aparelhada para Remedio de fuma
Nº 29 COMPLEMENTO Box BAIRRO Panorama
CIDADE Paulista UF PI CEP 59069405
E-MAIL _____ TELEFONE (93) 991928048

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05-09-2019

IDENTIDADE 980586

ASSINATURA

Antonio Ferreira de Silva

RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05-09-2019

NOME

ASSINATURA

Antonio Ferreira de Silva

PSSESSO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190517828 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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:

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: 3190517828 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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:

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307633/19

Vítima: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

CPF: 395.903.054-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/10/2018

Titular do CPF: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO FERREIRA DA SILVA : 395.903.054-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 05/09/2019
Nome: ANTONIO FERREIRA DA SILVA
CPF: 395.903.054-15

ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA