



Número: **0801085-04.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **10/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALDO CESAR MARTINS DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35023792	02/10/2020 09:13	2754060_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS 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,

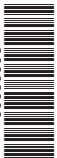
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13957543

Pag. 00009/00010 - carta_01 - INVALIDEZ

00030005





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, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01887/01888 - carta_03 - INVALIDEZ

00060944



Carta nº 13959857





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, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

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

Boletim de ocorrência

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01971/01972 - carta_03 - INVALIDEZ

00080986



Carta nº 13990781





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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01019/01020 - carta_04 - INVALIDEZ

00060510



Carta nº 14185325



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190138886 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 31/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

026.357.234-00

Aldo Cesar Martins da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Aldo Cesar Martins da Silva

CPF titular da conta

026.357.234-00

Profissão

tec de informática

Endereço

Rua Santa Rita

Número

119

Complemento

Bairro

São Bento

Cidade

Bayeux

Estado

PB

CEP

58305-090

Email

Telefone (DDD)

(83) 99105-5363

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

COMPREV PREVIDENCIA S/A

NRO

AGÊNCIA

NRO

21000000

CONTA

NRO

00000000

D/V

AGÊNCIA

NRO

0037

D/V

CONTA

NRO

22450

D/V

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Paulo 20 de agosto de 2018

Local e Data

Aldo Cesar Martins da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01344.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01344.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:22 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Aldo Cesar Martins da Silva**, CPF nº 026.357.234-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Panificação, filho(a) de Maria do Socorro de Carvalho e Agenor Martins da Silva, natural de Ares/RN, nascido(a) em 23/03/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Santa Rita, Nº 119, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Mercadinho Varejão Mini Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-4218.

Dados do(s) Fatos:

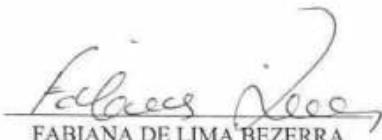
Local: Rua Rodrigues de Aquino X Av. Marechal Almeida Barreto, Perto do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PRETA, 2016/2016, PLACA QFN2675/PB, CHASSI 9C2KC2200GR127826, registrada em nome do noticiante, pela Av. Marechal Almeida Barreto quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Rodrigues de Aquino foi atingido na lateral direita por um CARRO CORSA SEDAN, PRATA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual avançou o sinal vermelho; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0861/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido para o Hospital de Trauma, sendo transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 17 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ALDO CESAR MARTINS DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01344.01.2018.1.00.420





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01344.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01344.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:22 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Aldo Cesar Martins da Silva**, CPF nº 026.357.234-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Panificação, filho(a) de Maria do Socorro de Carvalho e Agenor Martins da Silva, natural de Ares/RN, nascido(a) em 23/03/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Santa Rita, Nº 119, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Mercadinho Varejão Mini Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-4218.

Dados do(s) Fatos:

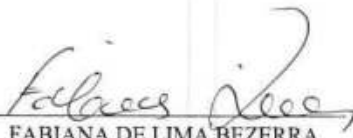
Local: Rua Rodrigues de Aquino X Av. Marechal Almeida Barreto, Perto do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PRETA, 2016/2016, PLACA QFN2675/PB, CHASSI 9C2KC2200GR127826, registrada em nome do noticiante, pela Av. Marechal Almeida Barreto quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Rodrigues de Aquino foi atingido na lateral direita por um CARRO CORSA SEDAN, PRATA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual avançou o sinal vermelho; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0861/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido para o Hospital de Trauma, sendo transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 01344.01.2018.1.00.420





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01344.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01344.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:22 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Aldo Cesar Martins da Silva, CPF nº 026.357.234-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Panificação, filho(a) de Maria do Socorro de Carvalho e Agenor Martins da Silva, natural de Ares/RN, nascido(a) em 23/03/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Santa Rita, Nº 119, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Mercadinho Varejão Mini Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-4218.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Rodrigues de Aquino X Av. Marechal Almeida Barreto, Perto do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

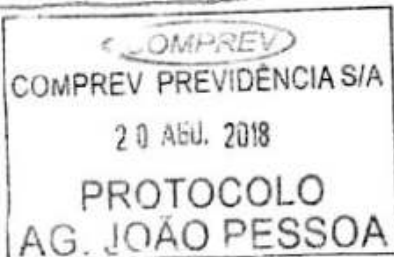
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PRETA, 2016/2016, PLACA QFN2675/PB, CHASSI 9C2KC2200GR127826, registrada em nome do noticiante, pela Av. Marechal Almeida Barreto quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Rodrigues de Aquino foi atingido na lateral direita por um CARRO CORSA SEDAN, PRATA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual avançou o sinal vermelho; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0861/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido para o Hospital de Trauma, sendo transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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 fê.

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.

Fabiana de Lima Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

Aldo Cesar Martins da Silva
ALDO CESAR MARTINS DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01344.01.2018.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Alto Cesar M. da Silva CPF da Vítima 026.357.234-00 Data do Acidente 31/01/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

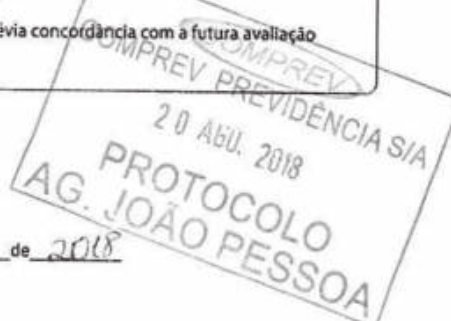
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 20 de agosto de 2018
Local e Data

Alto Cesar Martin da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
84 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1930

Ficha Nr: 99040 Atd: Nat
Data: 31/01/2018
Hora: 14:57:40
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL
Clinica: CIRURGICA

DO PACIENTE

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.004408

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2073051 Fone: 986234218

al: AREZ/RN Data Nasc.: 23/03/1979 Id: 38 ano(s)

AVENIDA SANTA RITA, 119

o: SAO BENTO Cidade: BAYEUX UF: PE

MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO

Pai: AGENOR MARTINS DA SILVA

SEM INFORMACAO Etna: SEM INFORMACAO

ção: TECNICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Doc. Responsav: 986234218 / IDENTIDADE: 2073051

cia: RUA

izado: VEICULO PROPRIO

porte: COL. CARRO/MOTO

acidente por: AS 06:50

violência por: NO CENTRO DE JP/ A CAMINHO DO TRABALHO

aso Policial

CONSULTA

de Classificação de Risco: AMARELO

COMO O PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:

TP:

Altura:

IMC:

ma:

Abd:

O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Principal

ENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA COM FRATURA
TA DE TORNOZELO DIREITO

Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente relata de queda de muito cain
futuro em tornozelo

ostico Rabinbaum

Conduta

Rx
exame fisico
alta da cirurgia

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 AGO. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Horario da medicacao

0101069/11

31/01/18 - 16:30

FRATURA CX DESTA DO T2 @ AT + 9M

Dr. Frederico Boultreau



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

01/01/2018 # 340118 # 15:00

Paciente com queixa de dor abdominal

10/01/2018, em 15:00h

icamentos | Dose | Horário | Evolucao

Medicamento: Dose: Horário: Evolucao:

Dr. Roberto Carlos, médico em sala

de atendimento e intervenção de Dr.

Reservado por liberação

assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

O DO PACIENTE

Residência

[] Transferido

[] Desistência

Para a pedido

[] Enfermaria

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Dr. Roberto Carlos, médico em sala

Assinatura do Paciente/Responsável

COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 AGO. 2018
PROTOCOLO
Assinatura e Carimbo do Médico
AC. JOAO PESSOA





CTC RECIFE PE PL7

ALDO C M D SILVA
AVEN SANTA RITA 119
SAO BENTO
56305-090 BAYEUX PB



7211850330620690000001303430090415

Venc: 20/02/2018
Post: 20/02/2018
Digi: 01/02/18

Titular: ALDO C M D SILVA
Cartão: XXXX.XXXX.XXXX.X110

Vencimento	Saldo a Pagar R\$	Parcelamento de Fatura até o Vencimento	Outras opções de Parcelamento de Fatura até o Vencimento	Parcelamento Automático Antes Após o Vencimento
20/02/2018	208,20	15x de R\$ 56,10	na folha anexa ou na	Pague qualquer valor igual ou acima de R\$ 56,11

Fatura Mensal

PÁGINA 1/2

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA
www.midwayfinanceira.com.br

VISA

Resumo das Despesas - R\$

Saldo Anterior	11	1,80
Pagamentos/Créditos	2	1,80
Encargos		1,00
Despesas/Débitos no Brasil	3	1,20
Despesas/Débitos no Exterior		1,00
Saldo desta Fatura	3	1,20

Caso você possua opção de parcelamento automático, pague qualquer valor acima da opção de parcela citada no BOX DE PARCELAMENTO AUTOMÁTICO que a diferença será parcelada com juros em até 15x fixo com valor de parcela mínima de R\$ 5,00. Essa opção é válida até 15 dias após o vencimento. Encargos por atraso e IOF referente ao período, serão incluídos na calcula do financiamento. Multa contratual por atraso será debitada integralmente na próxima fatura.





CERTIDÃO

Nº. 0861/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 99040 e Prontuário nº 2018.01.004136, pertencentes a **ALDO CESAR MARTINS DA SILVA** que foi atendido dia 31/01/2018 às 14H57min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo direito. Feito limpeza e imobilização.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
84 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1930

Ficha Nr: 99040 Atd: Mac
Data: 31/01/2018
Hora: 14:57:40
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL
Clinica: CIRURGICA

DO PACIENTE

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.004408

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2073051 Fone: 986234218

al: AREZ/RN Data Nasc.: 23/03/1979 Id: 38 ano(s)

AVENIDA SANTA RITA, 119

o: SAO BENTO Cidade: BAYLUX UF: PE

MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO

Pai: AGENOR MARTINS DA SILVA

SEM INFORMACAO Etna: SEM INFORMACAO

ção: TECNICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Doc. Responsavel: 986234218 / IDENTIDADE: 2073051

cia: RUA

izado: VEICULO PROPRIO

porte: COL. CARROXIMOTO H

acidente por: AS 06:50

violência por: NO CENTRO DE JP/ A CAMINHO DO TRABALHO

Caso Policial

CONSULTA

de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:

TP:

Altura:

IMC:

O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Principal

ANTE ENCAMINHADO DO TRAUMA COM FRATURA
TA DE TORNOZELO DIREITO

Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de queda de moto com
fratura em tornozelo

ostico Rabinbaum

Conduta

Rx
arteficial
do tornozelo

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 AGO. 2018

PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Horario da medicacao

ricao # 010169/1 #

31/01/18 -> 16:30

FRATURA EXPOSTA DO T2 @ AT + 9H

Dr. Frederico Rabinbaum



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

#01000000 # 340100 # 15:00

Rauke can grow & prot. & prote.

10 pages, on ^{alt.} ~~white~~ ^{red} ~~interfaced~~ ^{interfaced} paper

[illegible]

At. Ao Sr. Celso, Sr. (em sala
de aula) e Instrução de Sr.
Apostila. No 1. 1. 1.

Reservado p/ liberacao

sinatira da Enfermagem

ENCUENTRO REALIZADO

O DO PACIENTE

aidencia

[] Transferido

☒ Desistencia

na a pedido

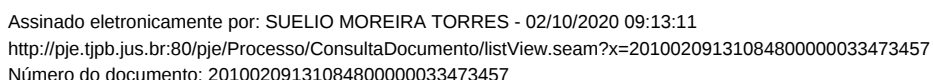
[] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IMI

Dr. Alberto Carlos Martins da Silva

Natura do Pac.ente/Responsavel

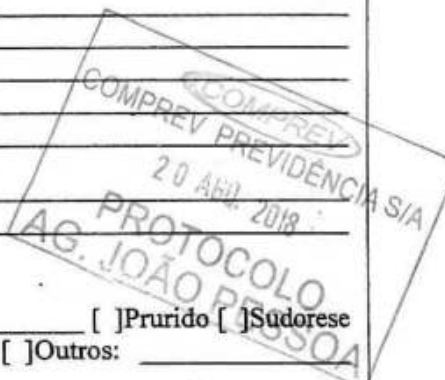
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 ABO. 2018
Assinatura e Carimbo do Médico
AC. JOAO PESSOA





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Auro César Martins		Data da Admissão:	31/01/18
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				
Endereço:	Bairro:			
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:	
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:	
Escolaridade:	Data de Nascimento:		/ /	
QPD:	do + fermento su ptm dir. hyl-			
HDA:				
Medicações em uso:				
Interrogatório Sintomatológico:				
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:				
Pele:				
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: ☐ Visão:				
AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros:				
ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume				
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:				
SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos				
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor				



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fat de TME de*

Conduta: *Inten pt- amigra eletiva*

COMPREV
20 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PatientID: 001012001000 Name: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA	Sex: Masculino BirthDate: 23.03.1979 Age: 39a.	StudyDate: 04.02.2019	 Image: 1 Series: 1
--	--	-----------------------	---

HTOP


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 15 FEV. 2019
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO

Nº. 0861/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 99040 e Prontuário nº 2018.01.004136, pertencentes a **ALDO CESAR MARTINS DA SILVA** que foi atendido dia 31/01/2018 às 14H57min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo direito. Feito limpeza e imobilização.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
84 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1930

Ficha Nr: 99040 Atd: Nat
Data: 31/01/2018
Hora: 14:57:40
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL
Clinica: CIRURGICA

DO PACIENTE

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.004408

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2073051 Fone: 986234218

al: AREZ/RN Data Nasc.: 23/03/1979 Id: 38 ano(s)

AVENIDA SANTA RITA, 119

o: SAO BENTO Cidade: BAYEUX UF: PE

MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO

Pai: AGENOR MARTINS DA SILVA

SEM INFORMACAO Etna: SEM INFORMACAO

ção: TECNICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Doc. Responsav: 986234218 / IDENTIDADE: 2073051

cia: RUA

izado: VEICULO PROPRIO

porte: COL. CARRO/MOTO

acidente por: AS 06:50

violência por: NO CENTRO DE JP/ A CAMINHO DO TRABALHO

aso Policial

CONSULTA

de Classificação de Risco: AMARELO

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:

TP:

Altura:

IMC:

nia:

Abd:

O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Principal

ENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA COM FRATURA
TA DE TORNOZELO DIREITO

Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente relata de queda de muito cain
futuro em tornozelo

ostico Ralbrum

Conduta

Rx
excluída
da lesão

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 AGO. 2018

PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Horario da medicacao

0101069/11

31/01/18 - 16:30

FRATURA CX DESTA DO T2 @ AT + 9M

Dr. Frederico Boultreau



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

01/01/2018 # 340118 # 15:00

Paciente com queixa de dor abdominal

10/01/2018, em 15:00h, nota-se

icamentos | Dose | Horário | Evolucao

Menor de 10 anos de idade de gênero

do sexo feminino, com idade

de 10 meses e 10 dias de idade

Reservado por liberação

assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

com o uso de soro e

do tipo de soro

Assinatura e Carimbo do Médico

O DO PACIENTE

Assistência

[] Transferido

[] Desistência

[] OTI

Assistência

[] Enfermaria

Obito:

[] Atestado

[] SVO

[] IML

Dr. Alberto Soares Martins da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

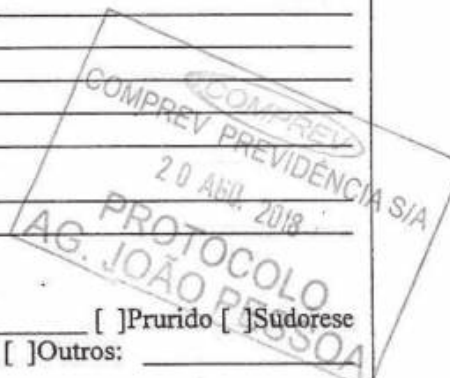
COMPREV PREVIDENCIA S/A
20 AGO. 2018
PROTOCOLO
Assinatura e Carimbo do Médico
AC. JOAO PESSOA





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Auro César Martins		Data da Admissão:	31/01/18
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				
Endereço:	Bairro:			
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:	
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:	
Escolaridade:	Data de Nascimento		/ /	
QPD:	do + fermento su pnt dr. hyl-			
HDA:				
Medicações em uso:				
Interrogatório Sintomatológico:				
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese				
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:				
Pele:				
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe				
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: ☐ Visão:				
AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise				
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros:				
ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas				
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume				
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria				
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:				
SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades				
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos				
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade				
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor				



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fat de TNE de

Conduta: Interv pt- cirurgia eletiva



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

NOME: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSOR W: 2073051 SCSB PB

CPF: 026.357.234-00 DATA NASCIMENTO: 23/03/1979

FUNÇÃO: AGENTE MARTINS DA SILVA
MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO

PERÍODO: 05/03/2012

Nº. REGISTRO: 05435527431

VENCIMENTO: 09/12/2021

1ª EMISSÃO: 05/03/2012

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1405261184

PRESENCIA PLASTIFICAR 1405261184

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB

DATA TITULADO: 12/12/2016

00413318552
PB033717931

DETRAN - PB (PARAIBA)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **013028284676**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: ODD RENAVAM: **01086647782** EXERCÍCIO: **2017**

ADME: **ALDO CLÉS MARIANO DA SILVA**

CPF/CNPJ: **02635723400**

PLACA: **QFN2675/PB**

PLACA ANT / UF: **NOVO PB** CHASSI: **9C2KC22006RL27826**

ESPECÍFICO: **PAS/MOTOCICLE/NAO ATIC** COMBUSTÍVEL: **ALCO/GASOL**

MARCA/MODELO: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** ANO FAB: **2016** ANO MOD: **2016**

CAP / POT / OIL: **2 P/162 /CI** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA ÚNICA: **00/00/0000** VENC. COTA ÚNICA: **00/00/0000**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): ********* ICF (R\$): **0** PRÊMIO TOTAL (R\$): ********* DATA DE PAGAMENTO: **24/05/2017**

OBSERVAÇÕES: **A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA**

BAYRUX - PB LOCAL

DATA:

25/05/2017

41939

3790

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

PB Nº 013028284676 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: **2017** DATA EXERCÍCIO: **25/05/2017**

VIA: **DPVAT** CPF/CNPJ: **02635723400** PLACA: **QFN2675/PB**

RENAVAM: **01086647782** MARCA/MODELO: **HONDA/CG 160 FAN ESDI**

ANO FAB: **2016** CAT. TARIF: **9** Nº CHASSI: **9C2KC22006RL27826**

PRÊMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$): ********* DETRAN (R\$): ********* CUSTO DO SEGURO (R\$): *********

CUSTO DO BILHETE (R\$): ********* ICF (R\$): **0** DATA DE PAGAMENTO: **24/05/2017**

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

37974-1442357-20170525

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057919/19

Número do Sinistro: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

CPF: 026.357.234-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 21/02/2019
Nome: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA
CPF: 026.357.234-00

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

