



Número: **0801217-05.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **31/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40560731	12/03/2021 12:47	Petição	Petição
40560735	12/03/2021 12:47	2758725_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
40560736	12/03/2021 12:47	2758725_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
40560737	12/03/2021 12:47	2758725_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190680472

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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 15227649





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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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,

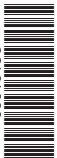
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15782230

Pag. 00371/00372 - carta_01 - INVALIDEZ

00010186





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, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000582-7

Conta: 000000149446-5

Tipo: CONTA CORRENTE

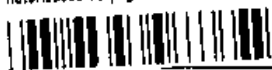
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 07398667497 4 - Nome completo da vítima: Rafael Correa dos Santos Lima

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

5 - Nome completo: Rafael Correa dos Santos Lima 6 - CPF: 07398667497
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Bonifácio
11 - Bairro: 12 - Cidade: JTAPOBANGA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58280000
15 - E-mail: Rafael15372101389@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 8396377428

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\$1.000,00 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 05827 CONTA: 0749465

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (nº CM) ☐ 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)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rafael Correa dos Santos Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

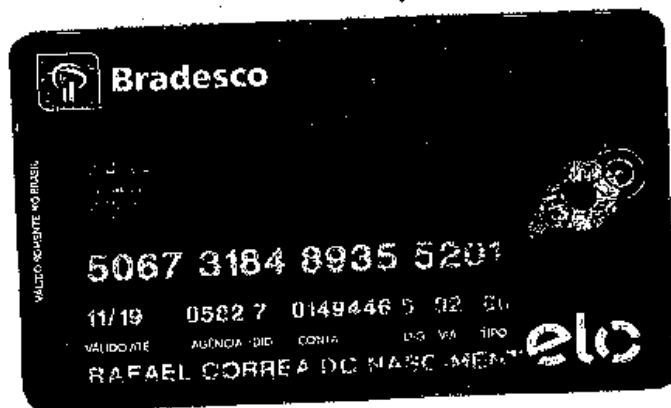
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474931900000038631878

Número do documento: 21031212474931900000038631878



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1705/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 21/09/2019 hora: 00:30 HORAS
Local do fato: Itaporanga-PB

Boletim de ocorrência



NOTIFICANTE

NOME: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO, alcunha "****", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: São Paulo-SP, idade: xx anos, nascido em 18/10/1989, cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Escolaridade: médio incompleto, documento: RG 7171149 SSP/PE, filiação: Não Declarado e de Rosemeire Correa do Nascimento, endereço: Sítio Burracha Zona Rural Itaporanga-PB, referência: xx - Telefone: (xx)xx.

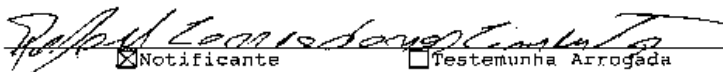
VÍTIMA

NOME: xx, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: ***, Estado Civil: ***, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: ***** xx, referência: xx.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que vinha para cidade de Itaporanga-PB já próximo a cidade o notificante bateu no meio fio e capotou com sua motocicleta e fraturou o Femu e o ante braços que foi socorrido pelo SAMU de Itaporanga-PB levando para o Hospital Distrital Dr. Jose Gomes da Silva e depois foi levado para Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro em Patos-PB, a motocicleta que estava pilotando era uma HONDA/XRE 190, Alcool/Gasolina, ano 2016/2016, cor Vermelha, placa LSW-8365/RJ, chassi nº 9C2MD4100GR010260 de propriedade do notificante. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 20 de Novembro de 2019.


☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro: Sergio Luiz de Sousa
Mat.: 1373877





Comp. Reg. de Acidentes Declarados

SAMU
192PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDESERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU - 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR 05806

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

HORA: 00:10

Data: 21.09.19	ID: 689	Paciente: Renan Corina do Nascimento	Idade: 29 anos	Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: PB-382 Japiranga - S.J. Caiana	Bairro:	Médico Regulador:		
Apoio no Local: ☒ PM Resgate/Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trote ☐ Nenhum ☐ Outro				

OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	Sinais e Sintomas:
☐ Agressão	☐ Psiquiátrico	Alergia: <u>Neg</u>
☐ Clínico	☐ Quase Afogamento/Afogamento	Medicação: <u>-</u>
☐ Desabamento	☐ Queimaduras	Passado Médico:
☐ Eletrocussão	☐ Queda - Metros	Líquidos e Alimentos Ingeridos:
☐ F.A.B.	☐ Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.A.F.	☐ Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido	☐ Cianótico	☐ Ictérico	☐ Sudoreico	☐ Pele Fria	☐ Úmida	☐ Escala	☐ Anisocórica	☐ Miótica	☐ Dor
☐ Midríase	☐ Dispneico	☐ Taquipnéia	☐ Hematêmese	☐ Hemoptise	☐ TCE	☐ TRM	☐ Fratura	☐ Contusão	☐ PCR

Tipo de Ferimento e Local: Possível fratura em úmero D e femor E

Queixas Principais do PACIENTE:

Dois membros afetados.

Transferência/Destino:

Local: Responsável: Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho Função: Ortopedia e Traumatologia

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ < 30 irpm ☒ > 30 irpm Perfusion Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal
P.A.: 130x90 mmHg FC: 85 bpm FR: 91 irpm SpO₂: 97 % T: 36,5 Glícemia Capilar: 124 mg/dl Coma: 0

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa ☐ Intracraniana ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Dislexia ☐ Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐
☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão
respiratório Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Gastrointestinal
Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐
Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

Intervenções:

AVP + SSVU + terapia medicamentosa + imobilizações conforme protocolo.

Avaliação de Enfermagem:

Consuante orientada vítima do acidente de moto expôs-se sem
Capacidade, relatou na UG, Glasgow 15, pupila normal, reflexos
patológicos. Apresenta fratura em úmero (D) e possível fratura de fêmur
em (D) e apresenta perfusão capilar normal, em posição de consciência
ativo, imobilizações, conduta do MI e encaminhado ao HAI e posteriormente ao

Identificação da Equipe:

Médico:	CRM:
Enfermeiro (a): <u>Luana</u>	COREN: <u>349233</u>
Téc. De Enfermagem:	COREN:
Condutor: <u>Henrique</u>	
Encaminhamento:	

HRP-12/19

após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474931900000038631878

Número do documento: 21031212474931900000038631878

Num. 40560735 - Pág. 7

Récula:

Nome:

Assinatura:

RG/CPF:

Terapêutica/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):

SRL 500 ml + Tenoxicam 1amp + ABD (EV)

Evolução Clínica:

Diagnóstico Médico:

Procedimentos Realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação Naso/Orotraqueal ☐ Cânula Orofaríngea ☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica (Manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de Oxigênio O₂ ☐ Drenagem Torácica ☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão ☐ Controle de Hemorragia ☐ Curativo ☐ Punção Venosa ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Vesical
Sedação: ☐ Imobilização ☐ Colar Cervical ☐ Outros
ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

1 SRL;
1 equipo;
1 Jaleco 20;
1 Tenoxicam;
1 ABD;
8 faixas

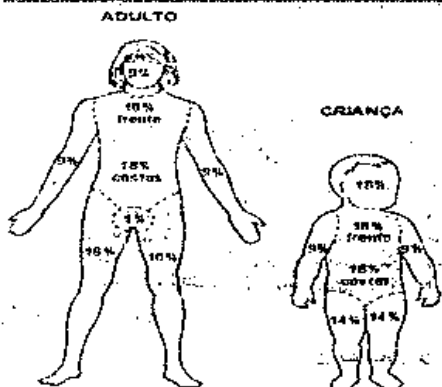
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Abertura ocular Resposta verbal Resposta motora	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Nenhuma Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	4 3 2 1 5 4 3 2 1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	SITUAÇÃO
15	3	8

Exame Gineco-Obstétrico:

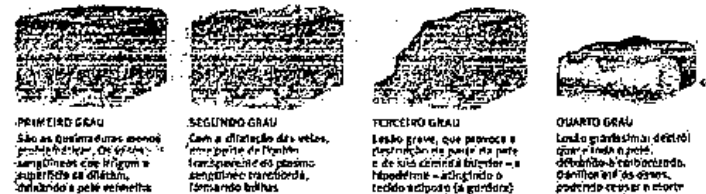
☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Normal

EXTENSÃO DE QUEIMADURAS
CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL



QUANTO MAIS PROFUNDO O FERIMENTO, MAIOR O GRAU

Queimaduras de primeiro grau são aquelas que atingem apenas a epiderme. As de segundo grau vão até a derme e as de terceiro grau atingem a epiderme e a derme.

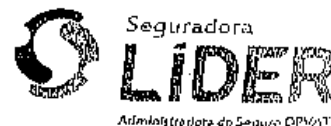


$$N^{\circ} \text{ gotas/min} = \frac{Vt \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}} \times 3$$

$$N^{\circ} \text{ microgotas/min} = \frac{V \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}}$$



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 15ª Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00582-7

CONTA: 000000149446-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1006202005000000000023700582000000149446472500 PAGO



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

documento: 21031212474931900000038631878

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Robel Conceição dos Santos

RG nº 7771749, data de expedição 28/06/15, Órgão SPSPE,

CPF nº 077986674-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO BORROCHA</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58780000</u>
Telefone de Contato	<u>83996373438</u>
E-mail	<u>RobelRobel75718707989@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA 27/11/19

Assinatura do Declarante: Robel Conceição dos Santos



Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

ROBERTO CORREIA DOS SANTOS

ROBERTO CORREIA DOS SANTOS
CPF: 042.640.091-74
Data de Nascimento: 18/05/1999
Data de Emissão: 18/05/2019
Data de Validade: 18/05/2029
Número da Carteira: 1133916695

ROBERTO CORREIA DOS SANTOS
CPF: 042.640.091-74
Data de Nascimento: 18/05/1999
Data de Emissão: 18/05/2019
Data de Validade: 18/05/2029
Número da Carteira: 1133916695

ROBERTO CORREIA DOS SANTOS
CPF: 042.640.091-74
Data de Nascimento: 18/05/1999
Data de Emissão: 18/05/2019
Data de Validade: 18/05/2029
Número da Carteira: 1133916695



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 21/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovação das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15712101989@gmail.com Tel.: 01396313438
Data: 27/07/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC 1+APODANGA / PB
Atendente: Emmanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 27/07/2019 Assinatura: Emmanuel Missias Araújo André



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474931900000038631878>

Número do documento: 21031212474931900000038631878

Num. 40560735 - Pág. 15



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15318101989@gmail.com Tel.: 8396313438
Data: 02/09/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC - 11000061 / PB
Atendente: Manuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 02/09/2019 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474931900000038631878>

Número do documento: 21031212474931900000038631878

Num. 40560735 - Pág. 16

De: Daniela Fidelis <dpvat@comprev.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 13 de maio de 2020 15:36

Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>

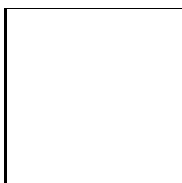
Cc: Kayk Soares <apoiodpvat1@comprev.com.br>; Bruna Barreto <apoiodpvat2@comprev.com.br>

Assunto: Enc: Solicitação de Reanalise Operação Correios - Vítima RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO - Sinistro nº 3190680472

Prezados,

Segue para providencias.

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 **Fax:** (21) 2505-2070

dpvat@comprev.com.br

De: assistadm JPA

Enviado: quarta-feira, 13 de maio de 2020 12:05

Para: Daniela Fidelis; Kayk Soares; Bruna Barreto

Cc: gjpa

Assunto: Solicitação de Reanalise Operação Correios - Vítima RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO - Sinistro nº 3190680472

Boa tarde,

Segue documentação referente ao processo supracitado.

Atenciosamente,



Natália Soares

Assistente administrativo - Agencia JPA

Tel.: (83) 3506-3966 / 3506-3967 **Fax:** (21) 2505-2070

assistadmjpa@comprev.com.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 21/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15712101989@gmail.com Tel.: 013986313438
Data: 27/07/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC 1+APODANGA / PB
Atendente: Emmanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 27/07/2019 Assinatura: Emmanuel Missias Araújo André



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474931900000038631878>

Número do documento: 21031212474931900000038631878

Num. 40560735 - Pág. 19



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CONJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15318101989@gmail.com Tel.: 8396313438
Data: 02/09/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC - 11000061 / PB
Atendente: Manuel Missias Araújo André Matrícula: 8478.678-7
Data: 02/09/2019 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474931900000038631878>

Número do documento: 21031212474931900000038631878

Num. 40560735 - Pág. 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190680472 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíntese (PLACA E PARAFUSOS EM AMBAS LESÕES) VÍTIMA EM TRATAMENTO.
(P2 P3 P7 P10 P17)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *ABORDAGEM CIRÚRGICAS REALIZADAS EM 01/10/2019.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Rafael Correa do Nascimento, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Sítio Bonitinho, nº 51, bairro Área Rural, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraíba, Cep: 58280-000, portador(a) do Rg nº 222.4142, e CPF nº 013.986.624.42

Outorgado: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Luiz de Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraíba, Cep: 58280-000, portador(a) do RG nº 265212671, e CPF nº 039.242.064.00

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Rafael Correa do Nascimento, ocorrido em 21 / 09 / 2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 09 de março de 2020

Rafael Correa do Nascimento
Outorgante
CPF nº 013.986.624.42

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200178183 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 6/10_CIRURGIA

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139253/20

Número do Sinistro: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139253/20

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: Isabella Guimaraes de Conceicao
CPF: 139.190.607-17

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Isabella Guimaraes de Conceicao



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190680472

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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 15227649





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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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 15782230

Pag. 00371/00372 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000582-7

Conta: 000000149446-5

Tipo: CONTA CORRENTE

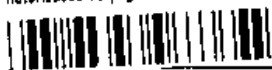
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 07398667497 4 - Nome completo da vítima: Rafael Correa dos Santos Lima

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

5 - Nome completo: Rafael Correa dos Santos Lima 6 - CPF: 07398667497
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Bonfina 9 - Número: 5N 10 - Complemento: AREA RURAL
11 - Bairro: 12 - Cidade: JTAPOBANGA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58280000
15 - E-mail: Rafael15372101389@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 8396377428

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\$1.000,00 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 05827 CONTA: 0749465

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (não CMH) ☐ 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)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rafael Correa dos Santos Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

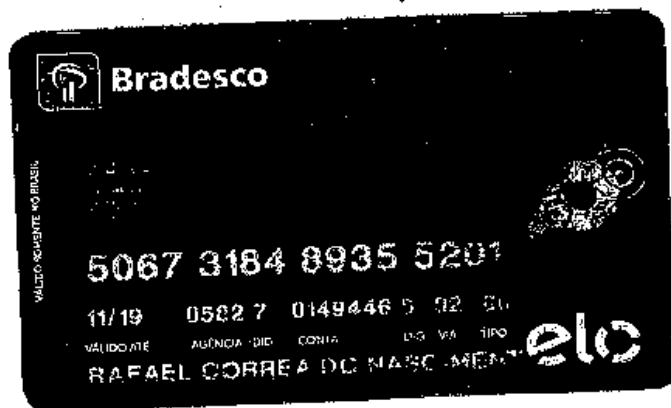
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474970600000038631879

Número do documento: 21031212474970600000038631879



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1705/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 21/09/2019 hora: 00:30 HORAS
Local do fato: Itaporanga-PB

Boletim de ocorrência



NOTIFICANTE

NOME: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO, alcunha "****", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: São Paulo-SP, idade: xx anos, nascido em 18/10/1989, cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Escolaridade: médio incompleto, documento: RG 7171149 SSP/PE, filiação: Não Declarado e de Rosemeire Correa do Nascimento, endereço: Sítio Burracha Zona Rural Itaporanga-PB, referência: xx - Telefone: (xx)xx.

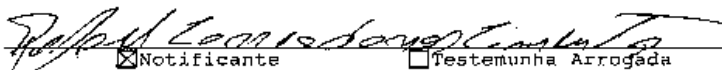
VÍTIMA

NOME: xx, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: ***, Estado Civil: ***, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: ***** xx, referência: xx.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que vinha para cidade de Itaporanga-PB já próximo a cidade o notificante bateu no meio fio e capotou com sua motocicleta e fraturou o Femu e o ante braços que foi socorrido pelo SAMU de Itaporanga-PB levando para o Hospital Distrital Dr. Jose Gomes da Silva e depois foi levado para Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro em Patos-PB, a motocicleta que estava pilotando era uma HONDA/XRE 190, Alcool/Gasolina, ano 2016/2016, cor Vermelha, placa LSW-8365/RJ, chassi nº 9C2MD4100GR010260 de propriedade do notificante. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 20 de Novembro de 2019.


☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro: Sergio Luiz de Sousa
Mat: 1373877





Comp. Reg. de Acidentes Declarados

SAMU
192PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDESERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU - 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR 05806

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

HORA: 00:10

Data: 21.09.19	ID: 689	Paciente: Renan Corina do Nascimento	Idade: 29 anos	Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: PB-382 Itaporanga - S.J. Caiana	Bairro:	Médico Regulador:		
Apoio no Local: ☒ PM Resgate/Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trote ☐ Nenhum ☐ Outro				

OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	Sinais e Sintomas:
☐ Agressão	☐ Psiquiátrico	Alergia: <u>Neg</u>
☐ Clínico	☐ Quase Afogamento/Afogamento	Medicação: <u>-</u>
☐ Desabamento	☐ Queimaduras	Passado Médico:
☐ Eletrocussão	☐ Queda - Metros	Líquidos e Alimentos Ingeridos:
☐ F.A.B.	☐ Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.A.F.	☐ Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido	☐ Cianótico	☐ Ictérico	☐ Sudoreico	☐ Pele Fria	☐ Úmida	☐ Escala	☐ Anisocórica	☐ Miótica	☐ Dor
☐ Midríase	☐ Dispneico	☐ Taquipnéia	☐ Hematêmese	☐ Hemoptise	☐ TCE	☐ TRM	☐ Fratura	☐ Contusão	☐ PCR

Tipo de Ferimento e Local: Possível fratura em úmero D e femur E

Queixas Principais do PACIENTE:

Dor nos membros afetados.

Transferência/Destino:

Local: Responsável: Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho Função: Ortopedia e Traumatologia

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ < 30 irpm ☒ > 30 irpm ☐ Perfunção Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal
P.A.: 130x90 mmHg FC: 85 bpm FR: 91 irpm SpO₂: 97 % T: 36,5 °C Glicemia Capilar: 124 mg/dl Coma: 0

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa ☐ Intracraniana ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Dislexia ☐ Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão respiratório Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

Intervenções:

AVP + SSVU + terapia medicamentosa + imobilizações conforme protocolo.

Avaliação de Enfermagem:

Consuante orientada vítima do acidente de moto expôs-se sem capacidade, estado na UG, Glasgow 15, pupila normal, reflexos patológicos. Apresenta fratura em úmero (D) e possível fratura de fêmur (E) e possível lesão de cabeça e pescoço. Foi encaminhado para o Hospital de Referência para tratamento definitivo. Condição do paciente estável e encaminhado ao HRP.

Identificação da Equipe:

Médico: Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho CRM: 349233
Enfermeiro (a): Lucas COREN: 349233
Téc. De Enfermagem: Lucas COREN: 349233
Condutor: Lucas
Encaminhamento:

HRP - 12/10/19

após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103121247497060000038631879

Número do documento: 2103121247497060000038631879

Num. 40560736 - Pág. 7

Récula:

Nome:

Assinatura:

RG/CPF:

Terapêutica/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):

SRL 500 ml + Tenoxicam 1amp + ABD (EV)

Evolução Clínica:

Diagnóstico Médico:

Procedimentos Realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação Naso/Orotraqueal ☐ Cânula Orofaríngea ☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica (Manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de Oxigênio O₂ ☐ Drenagem Torácica ☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão ☐ Controle de Hemorragia ☐ Curativo ☐ Punção Venosa ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Vesical
Sedação: ☐ Imobilização ☐ Colar Cervical ☐ Outros
ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

1 SRL;
1 equipo;
1 Jaleco 20;
1 Tenoxicam;
1 ABD;
8 faixas

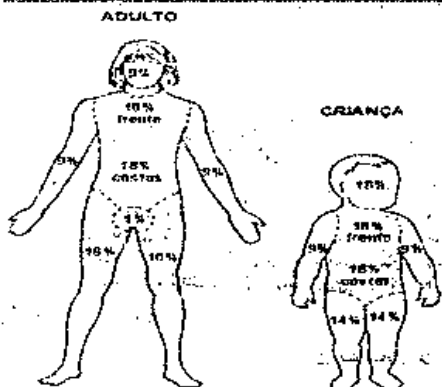
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Abertura ocular Resposta verbal Resposta motora	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Nenhuma Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	4 3 2 1 5 4 3 2 1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	SITUAÇÃO
15	3	8

Exame Gineco-Obstétrico:

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Normal

EXTENSÃO DE QUEIMADURAS
CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL

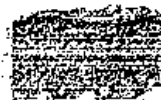


QUANTO MAIS PROFUNDO O FERIMENTO, MAIOR O GRAU

Queimaduras de primeiro grau são aquelas que atingem apenas a pele superficial.



PRIMEIRO GRAU
São as queimaduras menos profundas. Ocorrem quando a pele é exposta ao calor ou ao frio intenso, causando vermelhidão e inchaço.



SEGUNDO GRAU
Com a dilatação dos vasos, ocorre a formação de bolhas. Há vermelhidão e inchaço, além de dor intensa.



TERCEIRO GRAU
Lesão grave, que provoca a destruição da pele e dos tecidos profundos. Há necrose e formação de crosta.



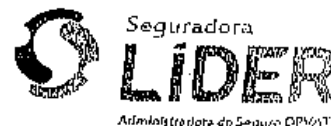
QUARTO GRAU
Lesão gravíssima, destrói a pele e todos os tecidos profundos. Há exposição dos órgãos internos e risco de morte.

$$N^{\circ} \text{ gotas/min} = \frac{Vt \text{ (ml)}}{T \text{ (h)} \times 3}$$

$$N^{\circ} \text{ microgotas/min} = \frac{V \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}}$$



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 15º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de TML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00582-7

CONTA: 000000149446-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1006202005000000000023700582000000149446472500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474970600000038631879>

Número do documento: 21031212474970600000038631879

DELIO DOMES DA SILVA
SIT BARRA D'ÁZUL, 508 - ÁREA RURAL
ITAPORANGA/PE CEP: 55700000 (40.154)

Energisa

Linha MONOFÁSICA

ENFERM. RUPATC/027/RURAL - RURAL RESIDENCIAL
Roteiro 17 - 154 - 157 - 2050
Modelo D 3001218984

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 222, Km 25 - Centro Industrial - 81600-000/PR - CEP: 81600-000
CNPJ: 09.056.733/0001-40 - Insc. Est. 1E 015.823-0

Nota Fiscal de Consumo EM 11/2019
Cód. rem. 04b. Autenticação: 98C1337719

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0195
Acesse: www.energisa.com.br

Conta referencial	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/GNP/RAI
Nov/2019	22/11/2019	23/12/2019	135.823.484.55

UC (Unidade Consumidora): 51287021-8

Canal de contato
Saramento e/ou e-mail: Fiquem sempre atualizados de qualquer alteração

Anterior	Atual	Consumo	Consumo	Classe
23/10/19	22/11/19	2749	21	30

Demonstrativo									
Consumo		Valor Bruto		Valor Líquido		Valor de Pagamento		Valor de Pagamento	
Consumo		Valor Bruto		Valor Líquido		Valor de Pagamento		Valor de Pagamento	
Consumo		Valor Bruto		Valor Líquido		Valor de Pagamento		Valor de Pagamento	
Consumo		Valor Bruto		Valor Líquido		Valor de Pagamento		Valor de Pagamento	
0001	Consumo de Energia	71,000	41,88	41,88	21	10,48	41,88	41,88	41,88
0001	Ativ. de Manutenção		0,35	0,35	25	0,10	0,35	0,35	0,35
0001	Ativ. de Manutenção		2,10	2,10	25	0,77	2,10	2,10	2,10
0010	Suficiência		12,21	12,21	25	3,30	12,21	12,21	12,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JUROS DE MORA 02/2019		1,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 03/2019		1,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 04/2019		0,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 05/2019		0,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 02/2019		0,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2019		0,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 04/2019		0,39	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2019		0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2019		0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019		0,46	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019		0,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2019		0,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL									
Consumo Total		71,000	41,88	41,88	21	10,48	41,88	41,88	41,88

Medida Bilhões de kWh	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
81	29/11/2019	R\$ 57,38

Histórico de Consumo (kWh)											
44	32	44	33	18	10	0	10	10	0	10	10
Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Maio	Jun/20	Jul/20	Ago/20	Sep/20	Out/20

RESERVADO AO FISCO
958f.87db.086c.59dd.a831.8915.e4f1.cc87

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Límites de Tensão de Tensão		Apurado	Límites de Tensão de Tensão	Descrição	Valor (R\$)	%
DC MENSAL		2,55		Consumo de Energia Elétrica	11,82	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	16,25	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	1,78	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica	2,00	70,18
DC MENSAL				Consumo de Energia Elétrica	0,74	70,18
DC TRIMESTRAL				Consumo de Energia Elétrica	4,44	70,18
DC ANUAL				Consumo de Energia Elétrica		

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Robel Conceição dos Santos

RG nº 7771749, data de expedição 28/06/15, Órgão SPSPE,

CPF nº 077986674-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO BORRUCHA</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58780000</u>
Telefone de Contato	<u>83996373438</u>
E-mail	<u>RobelRobel75718707989@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA 27/11/19

Assinatura do Declarante: Robel Conceição dos Santos



Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

ROBERTO CORREIA DOS SANTOS

ROBERTO CORREIA DOS SANTOS
CPF: 042.540.051-74
Data de Nascimento: 18/05/1989
Data de Emissão: 18/05/2015
Data de Validade: 18/05/2020
Número da Carteira: 1133916695

ROBERTO CORREIA DOS SANTOS
CPF: 042.540.051-74
Data de Nascimento: 18/05/1989
Data de Emissão: 18/05/2015
Data de Validade: 18/05/2020
Número da Carteira: 1133916695

ROBERTO CORREIA DOS SANTOS
CPF: 042.540.051-74
Data de Nascimento: 18/05/1989
Data de Emissão: 18/05/2015
Data de Validade: 18/05/2020
Número da Carteira: 1133916695



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 21/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovação das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15712101989@gmail.com Tel.: 013986313438
Data: 27/07/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC 1140000001 PB
Atendente: Emmanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 27/07/2019 Assinatura: Emmanuel Missias Araújo André



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474970600000038631879>

Número do documento: 21031212474970600000038631879

Num. 40560736 - Pág. 15



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CONJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15318101989@gmail.com Tel.: 8396313438
Data: 02/09/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC - 11000061/PB
Atendente: Emanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 02/09/2019 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474970600000038631879>

Número do documento: 21031212474970600000038631879

Num. 40560736 - Pág. 16

De: Daniela Fidelis <dpvat@comprev.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 13 de maio de 2020 15:36

Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>

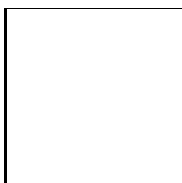
Cc: Kayk Soares <apoiodpvat1@comprev.com.br>; Bruna Barreto <apoiodpvat2@comprev.com.br>

Assunto: Enc: Solicitação de Reanalise Operação Correios - Vítima RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO - Sinistro nº 3190680472

Prezados,

Segue para providencias.

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 **Fax:** (21) 2505-2070

dpvat@comprev.com.br

De: assistadm JPA

Enviado: quarta-feira, 13 de maio de 2020 12:05

Para: Daniela Fidelis; Kayk Soares; Bruna Barreto

Cc: gjpa

Assunto: Solicitação de Reanalise Operação Correios - Vítima RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO - Sinistro nº 3190680472

Boa tarde,

Segue documentação referente ao processo supracitado.

Atenciosamente,



Natália Soares

Assistente administrativo - Agencia JPA

Tel.: (83) 3506-3966 / 3506-3967 **Fax:** (21) 2505-2070

assistadmjpa@comprev.com.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 21/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15712101989@gmail.com Tel.: 01396313438
Data: 27/09/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC 1140000001 PB
Atendente: Emmanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 27/09/2019 Assinatura: Emmanuel Missias Araújo André



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474970600000038631879>

Número do documento: 21031212474970600000038631879

Num. 40560736 - Pág. 19



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CONJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15318101989@gmail.com Tel.: 8396313438
Data: 02/09/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC - 11000061/PB
Atendente: Emanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 02/09/2019 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:47:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212474970600000038631879>

Número do documento: 21031212474970600000038631879

Num. 40560736 - Pág. 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190680472 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíNTESE (PLACA E PARAFUSOS EM AMBAS LESÕES) VÍTIMA EM TRATAMENTO.
(P2 P3 P7 P10 P17)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *ABORDAGEM CIRÚRGICAS REALIZADAS EM 01/10/2019.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Rafael Correa do Nascimento, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Sítio Bonitinho, nº 51, bairro Área Rural, Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep: 58280-000, portador(a) do Rg nº 222.4142, e CPF nº 013.986.624-42

Outorgado: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Luís de Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep: 58280-000, portador(a) do RG nº 265217671, e CPF nº 039.242.064-09

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Rafael Correa do Nascimento, ocorrido em 21 / 09 / 2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 09 de março de 2020

Rafael Correa do Nascimento

Outorgante

CPF nº 013.986.624-42

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200178183 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 6/10_CIRURGIA

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139253/20

Número do Sinistro: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139253/20

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: Isabella Guimaraes de Conceicao
CPF: 139.190.607-17

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Isabella Guimaraes de Conceicao



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE ITAPORANGA/PB

Processo n.º 08012170520208150211

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITAPORANGA, 9 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

