



Número: **0803404-42.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **12/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
GLEDSO JEFFERSON DA COSTA (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
36569 334	12/11/2020 09:43	<u>2765576_CONTESTACAO_Anexo_02</u>
		Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190495340 Vítima: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

Data do Acidente: 16/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). GLEDSO JEFFERSON DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: $17,50\% \times 13\,500,00 =$ R\$ 2.362,50

Recebedor: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000045939819-9

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190495340 Vítima: GLEDSO JEFFERSON DA COSTA

Data do Acidente: 16/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEDSUN JEFFERSON DA COSTA

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, contados 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 14895262



01289/01290 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:43:29
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209432897800000034910317>
Número do documento: 20111209432897800000034910317

Núm. 36569334 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
703.290.894-20 GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA

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

5 - Nome completo:	GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA			6 - CPF:	703.290.894-20
7 - Profissão:	recurso	8 - Endereço:	rua José Maria da Silva	9 - Número:	193
11 - Bairro:	Ong das Armas	12 - Cidade:	JOÃO PESSOA	13 - Estado:	PB
15 - E-mail:				14 - CEP:	58087-380
				16 - Tel. (DDD):	(31) 87778821

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A (260)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 45939819 9
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu ou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós Vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se qualificarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá ensejar a observação da regra de não recebimento da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

COMPRA PREVIDENCIÁRIA

34
Impressão
digital
certificada
Imprimível
não assinável

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 14 | Nome: 23 AGO. 2019
CPF: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 27 | Nome: PROTOCOLO
CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa/PB, 22/08/2019

Gleidson Jefferson da Costa

Assinatura da testemunha
AG. JOÃO PESSOA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01487.01.2019.1.01.010

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01487.01.2019.1.01.010, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:45 horas do dia 16 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 10ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil José Anselmo de Lucena, matrícula 1334298, e lavrado por Joselito Vieira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 906085, ao final assinado, compareceu Gleidson Jefferson da Costa, CPF nº 703.290.894-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônoma, filho(a) de Neci das Neves Costa e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/03/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Maria da Silva, Nº 178, bairro Oiticizo, tendo como ponto de referência Sem Referência, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Gov. Flávio Ribeiro Coutinho, nº S/N, Sem Referência, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/10/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o Declarante que quando conduzia a motocicleta de marca Yamaha XTZ 150 Crosser, ANO 2017, COR AZUL, Placa-QFSS5425/PB, CH. 9C6DG2520H0011087, Cadastrada em nome de Tiago Renovato de Oliveira, pela av. Gov. Flávio Ribeiro Coutinho no B. de Manaíra, N/Capital, precisamente em frente ao cruzamento que dá acesso ao Manaíra Shopping Center, oportunidade em que ao tentar desviar de um veículo de Placa e condutor não identificados, no cruzamento ali existente, onde foi alvo de colisão por parte do veículo, sendo assim arremessado ao solo, em consequência ao acidente e sua gravidade foi socorrido para o complexo hospitalar Mangabeira para realizar procedimento cirúrgico, onde ficou diagnosticado Fratura Exposta dos Ossos da Perna Direita, Conforme Prontuário Médico Apresentado. Esclarecendo ainda o declarante que se dirigiu à residência do proprietário da referida motocicleta, porém o não localizou em razão deste ali não mais residir, ficando impossibilitado de assinar e reconhecer firma do declarante de Proprietário de veículo, documento exigido pela Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.

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

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2019.


JOSELITO VIEIRA DA SILVA
Agente de Investigação

GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA
Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
703.290.894-20 GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA

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

5 - Nome completo:	GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA			6 - CPF:	703.290.894-20
7 - Profissão:	recurso	8 - Endereço:	rua José Maria da Silva	9 - Número:	193
11 - Bairro:	Ong das Armas	12 - Cidade:	JOÃO PESSOA	13 - Estado:	PB
15 - E-mail:				14 - CEP:	58087-380
				16 - Tel. (DDD):	(31) 87778821

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A (260)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 45939819 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu ou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós Vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se qualificarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá ensejar a observação da regra de violação da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

COMPRA PREVIDÊNCIA DA VIDA

34
Impressão
Digitalizada
e assinada
eletronicamente
não é equivalente

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 14 | Nome: 23 AGO. 2019
CPF: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 27 | Nome: PROTOCOLO
CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa/PB, 22/08/2019

Gleidson Jefferson da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



N.º de Peleis Atendido: 1
 N.º Prontuário: 2019.10.002318
 N.º SIA: 102635380006 Sexo: M IDENTIDADE: 4084778 Fone: 988729502
 End.: RUA JOÃO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/03/1996 Id: 22 anos(s)
 End.: AVENIDA SÃO BENEDITO, 101
 Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOÃO PESSOA UF: PB
 Mae: NECT DAS NEVES COSTA Pai:
 Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
 Ocupação: OFFICE-BOY Estado Civil: NAO INFORMADO
 INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
 Resp.: GLEISON JEFFERSON DA COSTA
 Tel/Doc. Responsavel: 988729502 / IDENTIDADE: 4084778
 Procedencia: RUA
FATURADO
 Transporte utilizado: SAMU
 Vítima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO CONDUTOR AS 08300
 Vítima de violência por: MANAIRA
 [] Caso Policial
 PRE-CONSULTA CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
 -Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
 PA: FR: Aparentemente Bem Grave
 FC: TP: Politraumatizado Convulsao
 Peso: Altura: Hemorragia Disipneia
 Glicemia: IMC: Diarréia Agitado
 Circ. Abd: QSI: Regular Chocado
 Vomito
 Queixa Principal Observação
 PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO NEGA DESMAIO SIC
 CASIDO PELO SAMU

 Historia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)
Mot membro lhe sobe com dor no tornozelo direito.
Não tem com ex pressão venosa, queimadura ou edema
 Diagnóstico *Ortopédico* Conduta:

 Prescrição Horário de medicamento
VSI - le *COMPREV*
 - Dose 600 mg em ondas.
Golodina 1g + 50 - c. *COMPREV PREVIDÊNCIA S/A*
 - SDI 5.000 *w/* *23 AGO. 2019*
 - Ab. da am. prof. *RONNEY A. BRAGA DOS SANTOS*
Médico Cirurgião Geral
CRM-PB 8572
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



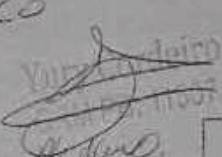
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

FONTOPEAN d

PACIENTE 18019460 HELIO SANTOS
ACIDENTE MOTO NA CENCO DE 01/10/2017
N ANTESAGARDO FX OSSOS NA PERNAS
COM ESPOLHOUS ~~12/10/2017~~
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qnde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

AO BLOCO | cirurgico


COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 AGO. 2019

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

0705060047
0704000043
0303000000-0
040100001-7156170

DESTINO DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Residencia	<input checked="" type="checkbox"/> Transferido	<input checked="" type="checkbox"/> Demissao	<input checked="" type="checkbox"/> UTI
<input checked="" type="checkbox"/> Alta a pedido	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input checked="" type="checkbox"/>	Atestado: <input checked="" type="checkbox"/> EVD <input type="checkbox"/> IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Scanned by CamScanner



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEDSO JEFFERSON DA COSTA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000045939819-9

Nr. da Autenticação 3DC93E0FCDA77C68



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:43:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209432897800000034910317>
Número do documento: 20111209432897800000034910317

Num. 36569334 - Pág. 8

NECI DAS NEVES COSTA
EUA JOSE MARIA DA SILVA, 172 - CRUZ DIAS ARMAS
JOAO PESSOA - PB CEP 58087-380 (AG. 1)

Luzes MONOFASICO
Classe RESINTC BII / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Potencia 15 - 2 - 511 - 1300
Referencia Mar/2019
Emissao 28/03/2019
Modulo 000000087527

ENERGISA FATO 84-
Br 230 Km 25, Custo Redutor:
CNPJ 09.051.145/0001-54
NaturaFisica/ Conta de Energia

COMPREV PREVIDENCIAS S/A
23 A60 2018
COMPREF
CIA DO BRASIL
JOAO PESSOA
COMPREV PREVIDENCIAS S/A

Cod. para Dib. Automatico: 00006184

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

Mar / 2019

28/03/2019

CPF/ CNPJ/ RAN

000.059.964-65
Insc Est

uc (Unidade Consumidora):

5/518425-4

Canal de contato

Contato com o atendente ou com o suporte à presençal ou pelo





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Tiago RENOVATO DE OLIVEIRA,
RG nº 2.866.294 - 7-00, data de expedição 29/07/16
Órgão 3205-13, portador do CPF nº 058.461.994-45,
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DOMESTICA ALCINHO DE SANTOS ALVES 20, nº 94,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Gleidson Jefferson da Costa, cujo o condutor era
Gleidson Jefferson da Costa.
Veículo: Motocicleta Modelo: YAMAHA XTZ 150 Ano: 2017
Placa: QFS 5425/PB Chassi: 9C6DG2520H0011087
Data do Acidente: 16/10/2018

Local e Data: João Pessoa, 01 de AGOSTO de 2019

Tiago Renovato de Oliveira.
Assinatura do Declarante

Gleidson Jefferson da Costa
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório Garibaldi
Vº Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tamburini - João Pessoa - Paraíba
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (Tiago RENOVATO DE OLIVEIRA (123078)), Se test. da verdade, Sou
Té, João Pessoa-PB 01/08/2019 14:26:19.
PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto
Vir R\$12,70, Feij R\$1,98, Farfani R\$0,29, ISS R\$0,57, Adm Garibaldi R\$0,00, Imp. Selo Digital R\$0,00 - CORREIA APARELHOS
Operador: NIVALDI, Selo Digital: AF188673-000L - CONSULTA: 20111209432897800000034910317
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



glidsonjffusondacosta@gmail.com
fa2b3c4da

pagamentos (260)

Nº: 0001
e/c: 45939819-9



GLEDSON JEFFERSON DA COSTA		Num. de Vezes atendido: 1
CPF: 102435390006 Sexo: M IDENTIDADE: 4084778 Fone: 988729502		Num. Prontuario: 2019.10.002318
RESIDENCIA: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/03/1995 Id: 22 anos(s)		
End.: AVENIDA SAO BENEDITO,101		
Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF:PB		
Mae: NECT DAS NEVES COSTA	Pai:	
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO		
Ocupação: OFFICE-BOY	Estado Civil: NAO INFORMADO	
INFORMACOES DE ENTRADA		Escolaridade:
Resp.: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA		
Tel/Doc. Responsavel: 988729502 / IDENTIDADE: 4084778		FATURADO :
Procedencia: RUA		
Transporte utilizado: SAMU		
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO XCARRO CONDUTOR AS 08200		
Vitima de violência por: MANAIRA		
[] Caso Policial		
PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
**Tipo de Classificação de Risco: AMARELO		
PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispnexia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito
Queixa Principal		
PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO		Observacao
ASISTIDO PELO SAMU		NEGA DESMAIO SIC.

Historia - Exame Físico - hora do entendimento musical

Not mentioned pls same as history & denies
not vs com ex pres & donor, great so - & no abn -

Prescrição	Horário da medicação	COMPREV
Vit - 01 - Dose 6000 de ongada. Goldmine 1g + 50 - 6. SDI - 5000 w/ Ab d'ac. foro.		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 23 AGO. 2019
		PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



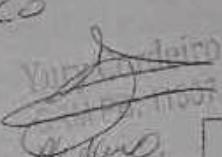
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

FONTOPEAN d

PACIENTE 18019420 HELIO SANTOS
ACIDENTE MOTO NA CENCO DE 01/10/2017
N ANTESAGARDO FX OSSOS NA PERNAS
COM ESPOLHOUS ~~12/10/2017~~
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Grade Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

AO BLOCO | cirurgico


COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 AGO. 2019

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

070 50600-7
070 4010043
030 30000-0
040 150201-715730

DESTINO DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Residencia	<input checked="" type="checkbox"/> Transferido	<input checked="" type="checkbox"/> Demissao	<input checked="" type="checkbox"/> UTI
<input checked="" type="checkbox"/> Alta a pedido	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input checked="" type="checkbox"/>	Atestado: <input checked="" type="checkbox"/> EVD <input type="checkbox"/> IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:43:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209432897800000034910317>
Número do documento: 20111209432897800000034910317

Num. 36569334 - Pág. 13



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: GLEISON R斐SON DA COSTA Data da Admissão: 16/10/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

QPD: D06 Cm Peso:

HDA: Sintoma de acidez noto ante o almoço e o jantar.

Ex: M E D I T R A M E N T O P U N T U A D O

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2019

Medicações em uso:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____

Pele:

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaleia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bocio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poluria []Oligúria []Noctúria []Hematuria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58066-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Scanned by CamScanner



Antecedentes Pessoais e Habilidades:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DMD [] TB [] JHEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] JHEP

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
PC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:
_____Hipóteses Diagnósticas: *EXPOSTA OSSES DA PERNAS, LESAO**PENTAFONIA*Conduta: *INTERVISTAR E PRATICAMENTE CLINICO**DR RENO*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N. CEP 58056-384. Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Scanned by CamScanner



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: GLEISON JEFFERSON DA COSTA				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:
Data: 16/10/11	Cirurgião: Dr. Remo.			1º Assistente: Dr. Vandy
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I: _____ T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
Fractura exposta ossos da perna				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
O mesmo.				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
Ressecção aberta + fixação metálica				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (✓) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (✓) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 (✓) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fidalgo José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Scanned by CamScanner



~~DEPARTAMENTO DA CIRURGIA~~
INTERNAIS E - OORR DOD DAAESTESIO
ASSISTENCIA + ASSISTENCIA
OPOSICAO DE CAMPOS ESTERILIZANTES

Incisivo:

Na GOMINHADA Anterior da Penas o PEL
Planes ate o Foco de Infusao

Achados:

Fa OSSOS DA PENAS.

Conduta:

LIMPICE EXAUSTIVA COM SFQ,9%
DESCBRIMENTO A RECURS DESINFECTANTES.
REALIZARON MANOZA DE REACAO PEL ESCRITORIO
APOSICAO P S PLANOS A MANO FOTO SON AUX. ESCRITORES
LIMPICE COM SFQ,9%
SUCIDA PEL PLANOS
CURIATIVO.
NR CONTROL

Fechamento:

OBS:

ANTIBIOTICO POU VEN A SE TOUTO JUN
QUEIXAS ALTA HOSPITALA.

Data: 16/10/10


MÉDICO CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

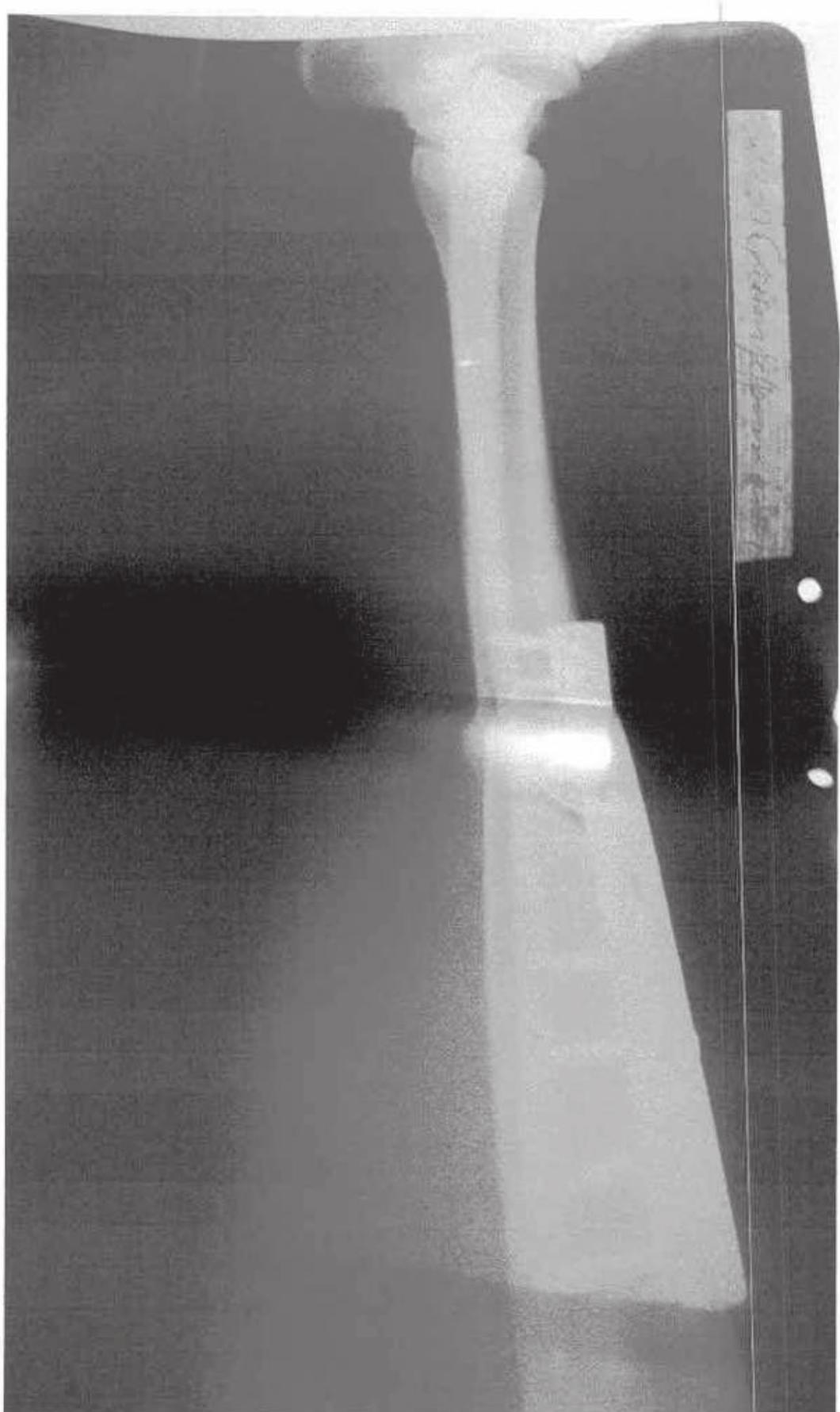
Scanned by CamScanner



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
Identificação do paciente:		Identificação			
Nome:	Rodrigo Teixeira da Silva	Nº de identificação:		Sexo:	M
RG:	32	CPF:	439	Óbito:	<input checked="" type="checkbox"/>
Data:	18/10/18	Data de alta:			
Diagnóstico:					
Fratura exposta crura de perna					
Próximas consultas:					
Período de alta:					
Fratura exposta de tibia com placa ICP 4,5 mm					
Exames complementares:					
Intervenção:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Coleta de material:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Resultado das intervenções:					
Finalidade da alta:	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
Resumo clínico:					
Fratura exposta de tibia com placa ICP 4,5 mm					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					
REPOSO:	Relaxe em casa por _____ dias. Retorne as atividades leves a partir de _____ dias. Retorne as atividades com esforço físico leve a partir de _____ dias e com esforço moderado a partir de _____ dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lave a ferida com água e sabão duas vezes por dia, se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente o Consultório Odontológico.				
MEDICAÇÕES PARA CASA:	Cetexim 500 mg + Andropex				
RETORNO:	Ao pronto-socorro com _____ Ao Ambulatório do _____ para retirada de pontos em _____ dias para revisão.				
DATA:	18/10/18				
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					
Autorizado para Perno CRM					

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:43:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209432897800000034910317>
Número do documento: 20111209432897800000034910317

Num. 36569334 - Pág. 19

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

212.86444.13-8

7706793

0040

PB

Edson Jefferson do Nascimento
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:43:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209432897800000034910317>
Número do documento: 20111209432897800000034910317

Num. 36569334 - Pág. 20

(a)

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

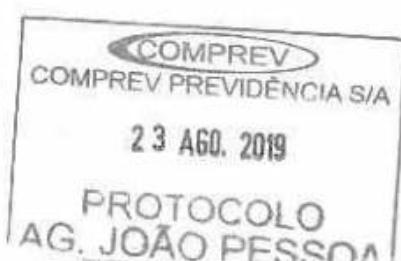
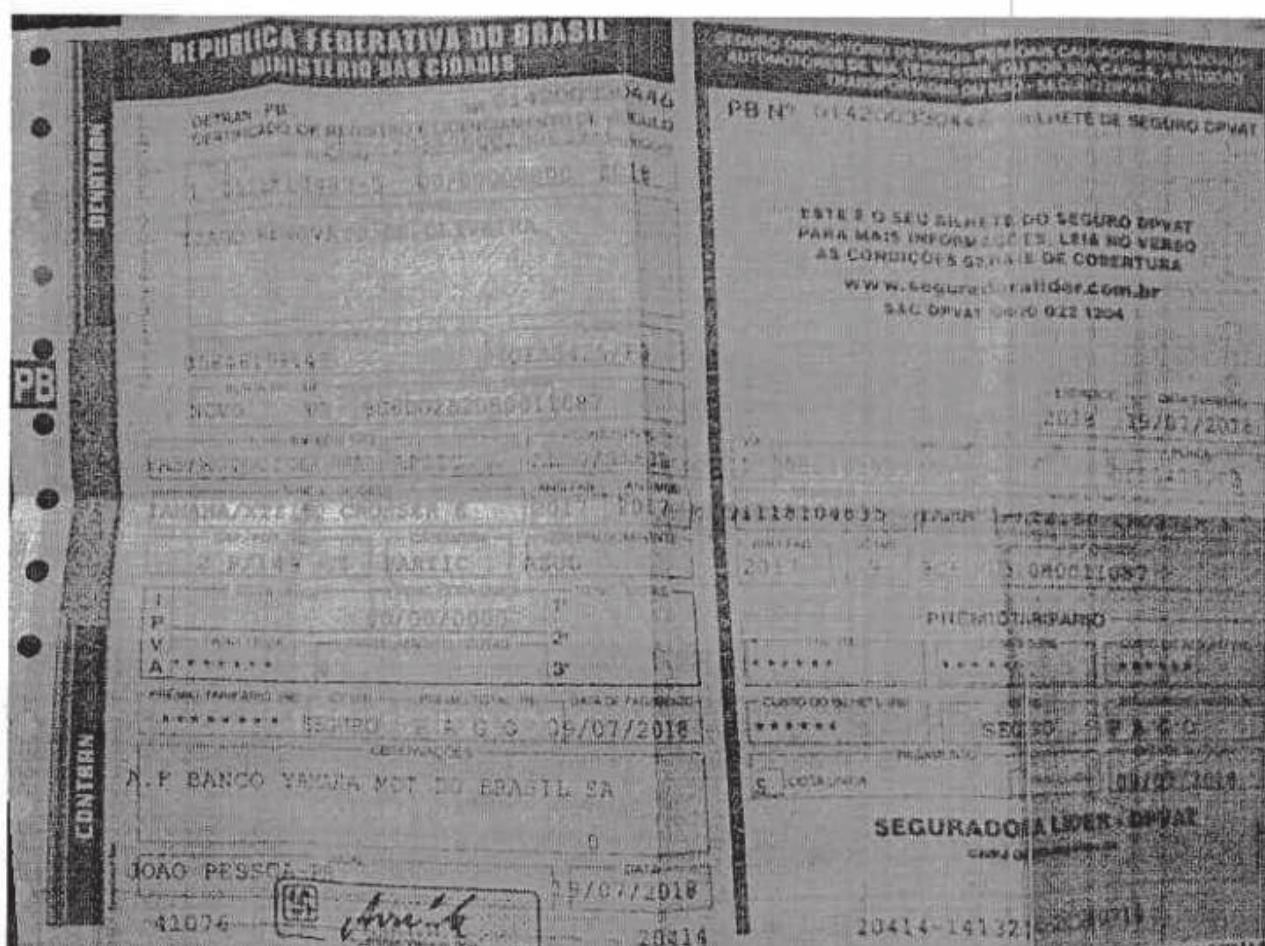


GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA

FILIAÇÃO.....: NECI DAS NEVES COSTA
NASCIMENTO...: 29/03/1996 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB
DOCUMENTO...: C. I. 4084778 23/08/2012 SSDS PB
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 703.290.894-20 CNH.....:
TIT. ELEITOR: 043465821201 SEÇÃO: 286 ZONA: 77
LOCAL DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 31/07/2014

Notificação e assinatura digital
Suplemento à Notificação de Vistoria da Peça





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:43:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209432897800000034910317>
 Número do documento: 20111209432897800000034910317

Num. 36569334 - Pág. 22

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190495340 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA Data do acidente: 16/10/2018 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.2-4,6(BAM) P.7(CIRURGIA) P.9(IMAGEM)

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:43:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209432897800000034910317>
Número do documento: 20111209432897800000034910317

Num. 36569334 - Pág. 23



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Gleidson Jefferson da Costa
DATA DO ACIDENTE CPF DA VITIMA 703.290.394-20

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRMEM DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRMEM DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATUITAMENTE SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 9/10/2020

IDENTIDADE 40.84775

ASSINATURA Gleidson Jefferson da Costa

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATUITAMENTE SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290638/19

Vítima: GLEDSO N JEFFERSON DA COSTA

CPF: 703.290.894-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: GLEDSO N JEFFERSON DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEDSO N JEFFERSON DA COSTA : 703.290.894-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019
Nome: GLEDSO N JEFFERSON DA COSTA
CPF: 703.290.894-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

GLEDSO N JEFFERSON DA COSTA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:43:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209432897800000034910317>
Número do documento: 20111209432897800000034910317

Num. 36569334 - Pág. 25