



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	
GLEDSON 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	Tipo
36569334	12/11/2020 09:43	2765576_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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), GLEDSON 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% x 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, 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.

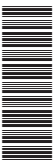
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01291/01292 - carta_15R - INVALIDEZ

00350646





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: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEDSON 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, 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,

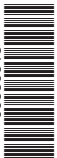
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14895262

Pag. 01289/01290 - carta_01 - INVALIDEZ

00350645



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA

703.290.894-20

recuso

Rua José Maria da Silva

178

casa

Outros dos Anjos

JOÃO PESSOA

PB

58087-380

(33) 3377 88 21

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós/VMPs? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele, beneficiário que se apresentar e proverem 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou Beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: 2ª Nome: 3ª Nome: 4ª Nome: 5ª Nome: 6ª Nome: 7ª Nome: 8ª Nome: 9ª Nome: 10ª Nome: 11ª Nome: 12ª Nome: 13ª Nome: 14ª Nome: 15ª Nome: 16ª Nome: 17ª Nome: 18ª Nome: 19ª Nome: 20ª Nome: 21ª Nome: 22ª Nome: 23ª Nome: 24ª Nome: 25ª Nome: 26ª Nome: 27ª Nome: 28ª Nome: 29ª Nome: 30ª Nome: 31ª Nome: 32ª Nome: 33ª Nome: 34ª Nome: 35ª Nome: 36ª Nome: 37ª Nome: 38ª Nome: 39ª Nome: 40ª Nome: 41ª Nome: 42ª Nome: 43ª Nome: 44ª Nome: 45ª Nome: 46ª Nome: 47ª Nome: 48ª Nome: 49ª Nome: 50ª Nome: 51ª Nome: 52ª Nome: 53ª Nome: 54ª Nome: 55ª Nome: 56ª Nome: 57ª Nome: 58ª Nome: 59ª Nome: 60ª Nome: 61ª Nome: 62ª Nome: 63ª Nome: 64ª Nome: 65ª Nome: 66ª Nome: 67ª Nome: 68ª Nome: 69ª Nome: 70ª Nome: 71ª Nome: 72ª Nome: 73ª Nome: 74ª Nome: 75ª Nome: 76ª Nome: 77ª Nome: 78ª Nome: 79ª Nome: 80ª Nome: 81ª Nome: 82ª Nome: 83ª Nome: 84ª Nome: 85ª Nome: 86ª Nome: 87ª Nome: 88ª Nome: 89ª Nome: 90ª Nome: 91ª Nome: 92ª Nome: 93ª Nome: 94ª Nome: 95ª Nome: 96ª Nome: 97ª Nome: 98ª Nome: 99ª Nome: 100ª Nome: 101ª Nome: 102ª Nome: 103ª Nome: 104ª Nome: 105ª Nome: 106ª Nome: 107ª Nome: 108ª Nome: 109ª Nome: 110ª Nome: 111ª Nome: 112ª Nome: 113ª Nome: 114ª Nome: 115ª Nome: 116ª Nome: 117ª Nome: 118ª Nome: 119ª Nome: 120ª Nome: 121ª Nome: 122ª Nome: 123ª Nome: 124ª Nome: 125ª Nome: 126ª Nome: 127ª Nome: 128ª Nome: 129ª Nome: 130ª Nome: 131ª Nome: 132ª Nome: 133ª Nome: 134ª Nome: 135ª Nome: 136ª Nome: 137ª Nome: 138ª Nome: 139ª Nome: 140ª Nome: 141ª Nome: 142ª Nome: 143ª Nome: 144ª Nome: 145ª Nome: 146ª Nome: 147ª Nome: 148ª Nome: 149ª Nome: 150ª Nome: 151ª Nome: 152ª Nome: 153ª Nome: 154ª Nome: 155ª Nome: 156ª Nome: 157ª Nome: 158ª Nome: 159ª Nome: 160ª Nome: 161ª Nome: 162ª Nome: 163ª Nome: 164ª Nome: 165ª Nome: 166ª Nome: 167ª Nome: 168ª Nome: 169ª Nome: 170ª Nome: 171ª Nome: 172ª Nome: 173ª Nome: 174ª Nome: 175ª Nome: 176ª Nome: 177ª Nome: 178ª Nome: 179ª Nome: 180ª Nome: 181ª Nome: 182ª Nome: 183ª Nome: 184ª Nome: 185ª Nome: 186ª Nome: 187ª Nome: 188ª Nome: 189ª Nome: 190ª Nome: 191ª Nome: 192ª Nome: 193ª Nome: 194ª Nome: 195ª Nome: 196ª Nome: 197ª Nome: 198ª Nome: 199ª Nome: 200ª Nome: 201ª Nome: 202ª Nome: 203ª Nome: 204ª Nome: 205ª Nome: 206ª Nome: 207ª Nome: 208ª Nome: 209ª Nome: 210ª Nome: 211ª Nome: 212ª Nome: 213ª Nome: 214ª Nome: 215ª Nome: 216ª Nome: 217ª Nome: 218ª Nome: 219ª Nome: 220ª Nome: 221ª Nome: 222ª Nome: 223ª Nome: 224ª Nome: 225ª Nome: 226ª Nome: 227ª Nome: 228ª Nome: 229ª Nome: 230ª Nome: 231ª Nome: 232ª Nome: 233ª Nome: 234ª Nome: 235ª Nome: 236ª Nome: 237ª Nome: 238ª Nome: 239ª Nome: 240ª Nome: 241ª Nome: 242ª Nome: 243ª Nome: 244ª Nome: 245ª Nome: 246ª Nome: 247ª Nome: 248ª Nome: 249ª Nome: 250ª Nome: 251ª Nome: 252ª Nome: 253ª Nome: 254ª Nome: 255ª Nome: 256ª Nome: 257ª Nome: 258ª Nome: 259ª Nome: 260ª Nome: 261ª Nome: 262ª Nome: 263ª Nome: 264ª Nome: 265ª Nome: 266ª Nome: 267ª Nome: 268ª Nome: 269ª Nome: 270ª Nome: 271ª Nome: 272ª Nome: 273ª Nome: 274ª Nome: 275ª Nome: 276ª Nome: 277ª Nome: 278ª Nome: 279ª Nome: 280ª Nome: 281ª Nome: 282ª Nome: 283ª Nome: 284ª Nome: 285ª Nome: 286ª Nome: 287ª Nome: 288ª Nome: 289ª Nome: 290ª Nome: 291ª Nome: 292ª Nome: 293ª Nome: 294ª Nome: 295ª Nome: 296ª Nome: 297ª Nome: 298ª Nome: 299ª Nome: 300ª Nome: 301ª Nome: 302ª Nome: 303ª Nome: 304ª Nome: 305ª Nome: 306ª Nome: 307ª Nome: 308ª Nome: 309ª Nome: 310ª Nome: 311ª Nome: 312ª Nome: 313ª Nome: 314ª Nome: 315ª Nome: 316ª Nome: 317ª Nome: 318ª Nome: 319ª Nome: 320ª Nome: 321ª Nome: 322ª Nome: 323ª Nome: 324ª Nome: 325ª Nome: 326ª Nome: 327ª Nome: 328ª Nome: 329ª Nome: 330ª Nome: 331ª Nome: 332ª Nome: 333ª Nome: 334ª Nome: 335ª Nome: 336ª Nome: 337ª Nome: 338ª Nome: 339ª Nome: 340ª Nome: 341ª Nome: 342ª Nome: 343ª Nome: 344ª Nome: 345ª Nome: 346ª Nome: 347ª Nome: 348ª Nome: 349ª Nome: 350ª Nome: 351ª Nome: 352ª Nome: 353ª Nome: 354ª Nome: 355ª Nome: 356ª Nome: 357ª Nome: 358ª Nome: 359ª Nome: 360ª Nome: 361ª Nome: 362ª Nome: 363ª Nome: 364ª Nome: 365ª Nome: 366ª Nome: 367ª Nome: 368ª Nome: 369ª Nome: 370ª Nome: 371ª Nome: 372ª Nome: 373ª Nome: 374ª Nome: 375ª Nome: 376ª Nome: 377ª Nome: 378ª Nome: 379ª Nome: 380ª Nome: 381ª Nome: 382ª Nome: 383ª Nome: 384ª Nome: 385ª Nome: 386ª Nome: 387ª Nome: 388ª Nome: 389ª Nome: 390ª Nome: 391ª Nome: 392ª Nome: 393ª Nome: 394ª Nome: 395ª Nome: 396ª Nome: 397ª Nome: 398ª Nome: 399ª Nome: 400ª Nome: 401ª Nome: 402ª Nome: 403ª Nome: 404ª Nome: 405ª Nome: 406ª Nome: 407ª Nome: 408ª Nome: 409ª Nome: 410ª Nome: 411ª Nome: 412ª Nome: 413ª Nome: 414ª Nome: 415ª Nome: 416ª Nome: 417ª Nome: 418ª Nome: 419ª Nome: 420ª Nome: 421ª Nome: 422ª Nome: 423ª Nome: 424ª Nome: 425ª Nome: 426ª Nome: 427ª Nome: 428ª Nome: 429ª Nome: 430ª Nome: 431ª Nome: 432ª Nome: 433ª Nome: 434ª Nome: 435ª Nome: 436ª Nome: 437ª Nome: 438ª Nome: 439ª Nome: 440ª Nome: 441ª Nome: 442ª Nome: 443ª Nome: 444ª Nome: 445ª Nome: 446ª Nome: 447ª Nome: 448ª Nome: 449ª Nome: 450ª Nome: 451ª Nome: 452ª Nome: 453ª Nome: 454ª Nome: 455ª Nome: 456ª Nome: 457ª Nome: 458ª Nome: 459ª Nome: 460ª Nome: 461ª Nome: 462ª Nome: 463ª Nome: 464ª Nome: 465ª Nome: 466ª Nome: 467ª Nome: 468ª Nome: 469ª Nome: 470ª Nome: 471ª Nome: 472ª Nome: 473ª Nome: 474ª Nome: 475ª Nome: 476ª Nome: 477ª Nome: 478ª Nome: 479ª Nome: 480ª Nome: 481ª Nome: 482ª Nome: 483ª Nome: 484ª Nome: 485ª Nome: 486ª Nome: 487ª Nome: 488ª Nome: 489ª Nome: 490ª Nome: 491ª Nome: 492ª Nome: 493ª Nome: 494ª Nome: 495ª Nome: 496ª Nome: 497ª Nome: 498ª Nome: 499ª Nome: 500ª Nome: 501ª Nome: 502ª Nome: 503ª Nome: 504ª Nome: 505ª Nome: 506ª Nome: 507ª Nome: 508ª Nome: 509ª Nome: 510ª Nome: 511ª Nome: 512ª Nome: 513ª Nome: 514ª Nome: 515ª Nome: 516ª Nome: 517ª Nome: 518ª Nome: 519ª Nome: 520ª Nome: 521ª Nome: 522ª Nome: 523ª Nome: 524ª Nome: 525ª Nome: 526ª Nome: 527ª Nome: 528ª Nome: 529ª Nome: 530ª Nome: 531ª Nome: 532ª Nome: 533ª Nome: 534ª Nome: 535ª Nome: 536ª Nome: 537ª Nome: 538ª Nome: 539ª Nome: 540ª Nome: 541ª Nome: 542ª Nome: 543ª Nome: 544ª Nome: 545ª Nome: 546ª Nome: 547ª Nome: 548ª Nome: 549ª Nome: 550ª Nome: 551ª Nome: 552ª Nome: 553ª Nome: 554ª Nome: 555ª Nome: 556ª Nome: 557ª Nome: 558ª Nome: 559ª Nome: 560ª Nome: 561ª Nome: 562ª Nome: 563ª Nome: 564ª Nome: 565ª Nome: 566ª Nome: 567ª Nome: 568ª Nome: 569ª Nome: 570ª Nome: 571ª Nome: 572ª Nome: 573ª Nome: 574ª Nome: 575ª Nome: 576ª Nome: 577ª Nome: 578ª Nome: 579ª Nome: 580ª Nome: 581ª Nome: 582ª Nome: 583ª Nome: 584ª Nome: 585ª Nome: 586ª Nome: 587ª Nome: 588ª Nome: 589ª Nome: 590ª Nome: 591ª Nome: 592ª Nome: 593ª Nome: 594ª Nome: 595ª Nome: 596ª Nome: 597ª Nome: 598ª Nome: 599ª Nome: 600ª Nome: 601ª Nome: 602ª Nome: 603ª Nome: 604ª Nome: 605ª Nome: 606ª Nome: 607ª Nome: 608ª Nome: 609ª Nome: 610ª Nome: 611ª Nome: 612ª Nome: 613ª Nome: 614ª Nome: 615ª Nome: 616ª Nome: 617ª Nome: 618ª Nome: 619ª Nome: 620ª Nome: 621ª Nome: 622ª Nome: 623ª Nome: 624ª Nome: 625ª Nome: 626ª Nome: 627ª Nome: 628ª Nome: 629ª Nome: 630ª Nome: 631ª Nome: 632ª Nome: 633ª Nome: 634ª Nome: 635ª Nome: 636ª Nome: 637ª Nome: 638ª Nome: 639ª Nome: 640ª Nome: 641ª Nome: 642ª Nome: 643ª Nome: 644ª Nome: 645ª Nome: 646ª Nome: 647ª Nome: 648ª Nome: 649ª Nome: 650ª Nome: 651ª Nome: 652ª Nome: 653ª Nome: 654ª Nome: 655ª Nome: 656ª Nome: 657ª Nome: 658ª Nome: 659ª Nome: 660ª Nome: 661ª Nome: 662ª Nome: 663ª Nome: 664ª Nome: 665ª Nome: 666ª Nome: 667ª Nome: 668ª Nome: 669ª Nome: 670ª Nome: 671ª Nome: 672ª Nome: 673ª Nome: 674ª Nome: 675ª Nome: 676ª Nome: 677ª Nome: 678ª Nome: 679ª Nome: 680ª Nome: 681ª Nome: 682ª Nome: 683ª Nome: 684ª Nome: 685ª Nome: 686ª Nome: 687ª Nome: 688ª Nome: 689ª Nome: 690ª Nome: 691ª Nome: 692ª Nome: 693ª Nome: 694ª Nome: 695ª Nome: 696ª Nome: 697ª Nome: 698ª Nome: 699ª Nome: 700ª Nome: 701ª Nome: 702ª Nome: 703ª Nome: 704ª Nome: 705ª Nome: 706ª Nome: 707ª Nome: 708ª Nome: 709ª Nome: 710ª Nome: 711ª Nome: 712ª Nome: 713ª Nome: 714ª Nome: 715ª Nome: 716ª Nome: 717ª Nome: 718ª Nome: 719ª Nome: 720ª Nome: 721ª Nome: 722ª Nome: 723ª Nome: 724ª Nome: 725ª Nome: 726ª Nome: 727ª Nome: 728ª Nome: 729ª Nome: 730ª Nome: 731ª Nome: 732ª Nome: 733ª Nome: 734ª Nome: 735ª Nome: 736ª Nome: 737ª Nome: 738ª Nome: 739ª Nome: 740ª Nome: 741ª Nome: 742ª Nome: 743ª Nome: 744ª Nome: 745ª Nome: 746ª Nome: 747ª Nome: 748ª Nome: 749ª Nome: 750ª Nome: 751ª Nome: 752ª Nome: 753ª Nome: 754ª Nome: 755ª Nome: 756ª Nome: 757ª Nome: 758ª Nome: 759ª Nome: 760ª Nome: 761ª Nome: 762ª Nome: 763ª Nome: 764ª Nome: 765ª Nome: 766ª Nome: 767ª Nome: 768ª Nome: 769ª Nome: 770ª Nome: 771ª Nome: 772ª Nome: 773ª Nome: 774ª Nome: 775ª Nome: 776ª Nome: 777ª Nome: 778ª Nome: 779ª Nome: 780ª Nome: 781ª Nome: 782ª Nome: 783ª Nome: 784ª Nome: 785ª Nome: 786ª Nome: 787ª Nome: 788ª Nome: 789ª Nome: 790ª Nome: 791ª Nome: 792ª Nome: 793ª Nome: 794ª Nome: 795ª Nome: 796ª Nome: 797ª Nome: 798ª Nome: 799ª Nome: 800ª Nome: 801ª Nome: 802ª Nome: 803ª Nome: 804ª Nome: 805ª Nome: 806ª Nome: 807ª Nome: 808ª Nome: 809ª Nome: 810ª Nome: 811ª Nome: 812ª Nome: 813ª Nome: 814ª Nome: 815ª Nome: 816ª Nome: 817ª Nome: 818ª Nome: 819ª Nome: 820ª Nome: 821ª Nome: 822ª Nome: 823ª Nome: 824ª Nome: 825ª Nome: 826ª Nome: 827ª Nome: 828ª Nome: 829ª Nome: 830ª Nome: 831ª Nome: 832ª Nome: 833ª Nome: 834ª Nome: 835ª Nome: 836ª Nome: 837ª Nome: 838ª Nome: 839ª Nome: 840ª Nome: 841ª Nome: 842ª Nome: 843ª Nome: 844ª Nome: 845ª Nome: 846ª Nome: 847ª Nome: 848ª Nome: 849ª Nome: 850ª Nome: 851ª Nome: 852ª Nome: 853ª Nome: 854ª Nome: 855ª Nome: 856ª Nome: 857ª Nome: 858ª Nome: 859ª Nome: 860ª Nome: 861ª Nome: 862ª Nome: 863ª Nome: 864ª Nome: 865ª Nome: 866ª Nome: 867ª Nome: 868ª Nome: 869ª Nome: 870ª Nome: 871ª Nome: 872ª Nome: 873ª Nome: 874ª Nome: 875ª Nome: 876ª Nome: 877ª Nome: 878ª Nome: 879ª Nome: 880ª Nome: 881ª Nome: 882ª Nome: 883ª Nome: 884ª Nome: 885ª Nome: 886ª Nome: 887ª Nome: 888ª Nome: 889ª Nome: 890ª Nome: 891ª Nome: 892ª Nome: 893ª Nome: 894ª Nome: 895ª Nome: 896ª Nome: 897ª Nome: 898ª Nome: 899ª Nome: 900ª Nome: 901ª Nome: 902ª Nome: 903ª Nome: 904ª Nome: 905ª Nome: 906ª Nome: 907ª Nome: 908ª Nome: 909ª Nome: 910ª Nome: 911ª Nome: 912ª Nome: 913ª Nome: 914ª Nome: 915ª Nome: 916ª Nome: 917ª Nome: 918ª Nome: 919ª Nome: 920ª Nome: 921ª Nome: 922ª Nome: 923ª Nome: 924ª Nome: 925ª Nome: 926ª Nome: 927ª Nome: 928ª Nome: 929ª Nome: 930ª Nome: 931ª Nome: 932ª Nome: 933ª Nome: 934ª Nome: 935ª Nome: 936ª Nome: 937ª Nome: 938ª Nome: 939ª Nome: 940ª Nome: 941ª Nome: 942ª Nome: 943ª Nome: 944ª Nome: 945ª Nome: 946ª Nome: 947ª Nome: 948ª Nome: 949ª Nome: 950ª Nome: 951ª Nome: 952ª Nome: 953ª Nome: 954ª Nome: 955ª Nome: 956ª Nome: 957ª Nome: 958ª Nome: 959ª Nome: 960ª Nome: 961ª Nome: 962ª Nome: 963ª Nome: 964ª Nome: 965ª Nome: 966ª Nome: 967ª Nome: 968ª Nome: 969ª Nome: 970ª Nome: 971ª Nome: 972ª Nome: 973ª Nome: 974ª Nome: 975ª Nome: 976ª Nome: 977ª Nome: 978ª Nome: 979ª Nome: 980ª Nome: 981ª Nome: 982ª Nome: 983ª Nome: 984ª Nome: 985ª Nome: 986ª Nome: 987ª Nome: 988ª Nome: 989ª Nome: 990ª Nome: 991ª Nome: 992ª Nome: 993ª Nome: 994ª Nome: 995ª Nome: 996ª Nome: 997ª Nome: 998ª Nome: 999ª Nome: 1000ª Nome: 1001ª Nome: 1002ª Nome: 1003ª Nome: 1004ª Nome: 1005ª Nome: 1006ª Nome: 1007ª Nome: 1008ª Nome: 1009ª Nome: 1010ª Nome: 1011ª Nome: 1012ª Nome: 1013ª Nome: 1014ª Nome: 1015ª Nome: 1016ª Nome: 1017ª Nome: 1018ª Nome: 1019ª Nome: 1020ª Nome: 1021ª Nome: 1022ª Nome: 1023ª Nome: 1024ª Nome: 1025ª Nome: 1026ª Nome: 1027ª Nome: 1028ª Nome: 1029ª Nome: 1030ª Nome: 1031ª Nome: 1032ª Nome: 1033ª Nome: 1034ª Nome: 1035ª Nome: 1036ª Nome: 1037ª Nome: 1038ª Nome: 1039ª Nome: 1040ª Nome: 1041ª Nome: 1042ª Nome: 1043ª Nome: 1044ª Nome: 1045ª Nome: 1046ª Nome: 1047ª Nome: 1048ª Nome: 1049ª Nome: 1050ª Nome: 1051ª Nome: 1052ª Nome: 1053ª Nome: 1054ª Nome: 1055ª Nome: 1056ª Nome: 1057ª Nome: 1058ª Nome: 1059ª Nome: 1060ª Nome: 1061ª Nome: 1062ª Nome: 1063ª Nome: 1064ª Nome: 1065ª Nome: 1066ª Nome: 1067ª Nome: 1068ª Nome: 1069ª Nome: 1070ª Nome: 1071ª Nome: 1072ª Nome: 1073ª Nome: 1074ª Nome: 1075ª Nome: 1076ª Nome: 1077ª Nome: 1078ª Nome: 1079ª Nome: 1080ª Nome: 1081ª Nome: 1082ª Nome: 1083ª Nome: 1084ª Nome: 1085ª Nome: 1086ª Nome: 1087ª Nome: 1088ª Nome: 1089ª Nome: 1090ª Nome: 1091ª Nome: 1092ª Nome: 1093ª Nome: 1094ª Nome: 1095ª Nome: 1096ª Nome: 1097ª Nome: 1098ª Nome: 1099ª Nome: 1100ª Nome: 1101ª Nome: 1102ª Nome: 1103ª Nome: 1104ª Nome: 1105ª Nome: 1106ª Nome: 1107ª Nome: 1108ª Nome: 1109ª Nome: 1110ª Nome: 1111ª Nome: 1112ª Nome: 1113ª Nome: 1114ª Nome: 1115ª Nome: 1116ª Nome: 1117ª Nome: 1118ª Nome: 1119ª Nome: 1120ª Nome: 1121ª Nome: 1122ª Nome: 1123ª Nome: 1124ª Nome: 1125ª Nome: 1126ª Nome: 1127ª Nome: 1128ª Nome: 1129ª Nome: 1130ª Nome



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 Oitizeiro, tendo como ponto de referência Sem Referência, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Gov. Flavio 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:

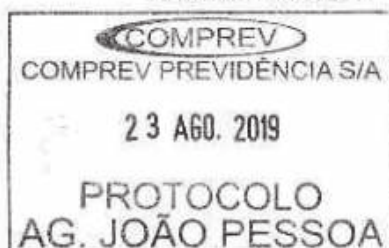
Informa o Declarante que quando conduzia a motocicleta de marca Yamaha XTZ 150 Crosser, ANO 2017, COR AZUL, Placa-QFS5425/PB, CIL 9C6DG2520H0011087, Cadastrada em nome de Tiago Renovato de Oliveira, pela av. Gov. Flavio Ribeiro Coutinho no B. de Manaíra, N/Capital, precisamente em frente ao cruzamento 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 a 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 fé.

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2019.


JOSELITO VIEIRA DA SILVA
Agente de Investigação

GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: NO PAGAMENTOS S.A. (260)

AGÊNCIA: 0004 CONTA: 45939819

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós/VMPs? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se apresentar e provar 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprimir aqui o nome da vítima ou do beneficiário, caso não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: 2ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha

45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha

47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha

49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha

51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha

53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha

55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha

57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha

59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha

FPS.001 V002/2019

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

Nome: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA
 Num. de vezes atendido: 1
 Num. Prontuario: 2019.10.002310
 ID: 4084778 Sexo: M IDENTIDADE: 4084778 Fone: 988729502
 Mãe: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/03/1996 Id: 22 anos
 End.: AVENIDA SAO BENEDITO, 101
 Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
 Mãe: NECI DAS NEVES COSTA Pai:
 Raca: SEM INFORMACAO Ethia: SEM INFORMACAO
 Ocupação: OFFICE-BOY Estado Civil: NAO INFORMADO
 INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
 Resp.: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA
 Tel/Doc. Responsavel: 988729502 / IDENTIDADE: 4084778
 Proc.ência: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: SAMU
 Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO CONDUCTOR AS 08:00
 Vitima de violência por: MANEIRA
 [] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem	[] Grave
TC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsão
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2s:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vômito	

Queixa Principal
 PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO
 CASADO PELO SAMU

Observação
 NEGA DESMAIO SIG

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
*Pront. encaminhado pelo SAMU com história de acidente.
 Pdo V3 com x no punho de conduto. Espalho de 1 a 2 cm no punho.*

Diagnostico
 [] Conduta

Prescrição
*V3 - 1
 - Duob 600 de 12/12/2019
 - Clodina 1g + 100 - 6
 - 501.5.000 w
 - 100 de 12/12/2019*

Horario da medica
COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 23 AGO. 2019
PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

Ronney A. Braga dos Santos
 Medico - Cirurgia Geral
 CRM-PB 8572

Scanned by CamScanner



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

FONTOPEIA

Paciente admitido pelo Sina
Acidente no bloco de cirurgia
No atendimento ao osso na planta
com captação para fôno

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

NO BLOCO CIRÚRGICO

Vinicius
R. Almeida

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2019

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

03010000-9
03010000-9
03030000-0
03010000-7 (5930)

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVD ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

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: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000045939819-9

Nr. da Autenticação 3DC93E0FCDA77C68



NECIDAS NEVES COSTA

RUA JOSE MARIA DA SILVA, 172 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA - PB CEP 58087-380 (AG 1)

Linha MONOFASICO

Código RES/MTCB1/RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Referência 16-2-511-1300

Medidor 00008087527

Referência Mar/2019

Emissão 28/03/2019

ENERGISA PARAIBA - TUBARÃO
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor

CNPJ 09.095.142/0001-40 - Insc. Est. 16.016.82

Nota Fiscal / Contas de Energia: 00005184

Cód. para Deb. Automático: 00005184

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Mar / 2019

Apresentação

28/03/2019

Data prevista da
próxima leitura

29/04/2019

CPF/ CNPJ/ RAN

000.059.964-65

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/518425-4

Canal de contato

Com o atendimento, você ajuda a preservar o meio





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

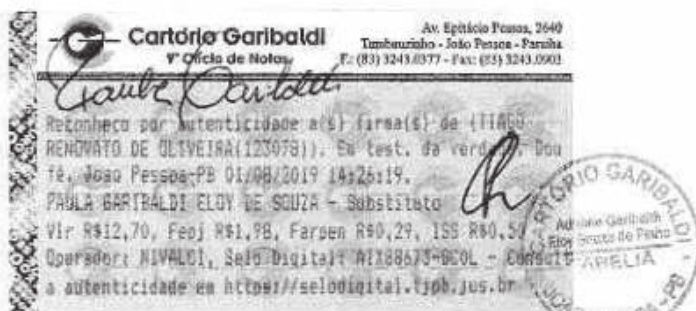
Eu, TIAGO RENOVATO DE OLIVEIRA,
RG nº 2.866.294 - 7-va., data de expedição 29/07/16
Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 058.461.994-95,
com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DOMESTICA ALCANTARAS SANTOS AMARAL, nº 94,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Gláuber Jefferson da Costa, cujo o condutor era
Gláuber Jefferson da Costa.
Veículo: motocicleta Modelo: YAMAHA/XTZ 150 Ano: 2017
Placa: QFS 5425/P3 Chassi: 9C6D62520H0041087
Data do Acidente: 16/10/2015

Local e Data: JOÃO PESSOA, 01 DE AGOSTO DE 2019

Tiago Renovato de Oliveira
Assinatura do Declarante

Gláuber Jefferson da Costa
Assinatura do Condutor

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



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. 10

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

glidsonjffonso@castag@gmail.com
1a2b3c4da

de pagamentos (260)

AG:0001

e/c: 45939819-9



Nome: JEFFERSON JEFFERSON DA COSTA
 Num. de vezes atendido: 1
 Num. Prontuario: 2019.10.002310
 Data Nasc.: 29/03/1996 Id: 22 anos
 End.: AVENIDA SAO BENEDITO, 101
 Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
 Mae: NECI DAS NEVES COSTA Pai:
 Raca: SEM INFORMACAO Ethia: SEM INFORMACAO
 Ocupação: OFFICE-BOY Estado Civil: NAO INFORMADO
 INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
 Resp.: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA
 Tel/Doc. Responsavel: 988729502 / IDENTIDADE: 4084778
 Proc. Agencia: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: SAMU
 Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO CONDUTOR AS 08:00
 Vitima de violencia por: MANEIRA
 [] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
 Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
 PA: FR: [X] Aparentemente Bem [] Grave
 TC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsão
 Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
 Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
 Circ. Abd: Q24: [] Regular [] Chocado
 [] Vômito
 Queixa Principal Observação
 PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO
 CASADO PELO SAMU NEGA DESMAIO SIG

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
 Paciente encaminhado pelo SAMU com queixa de dor abdominal
 no U2 com x2 pontos de dor no epigastrio e no U2
 Diagnóstico Conduta

Prescrição Horário da medicação
 Val - 1h
 - Duob 600 de analgesia
 - Ceftriaxona 1g + 100 - 6
 - Sol. 5.000 w
 - 100 de am. pro.
 Ronney A. Braga dos Santos
 Médico - Cirurgia Geral
 CRM-PB 8572

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

Scanned by CamScanner



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

FONTOPEIA

Paciente internado no bloco 50
Acidente no bloco de cirurgia
No atendimento ao osso na planta
com captação para fôno

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

NO BLOCO CIRÚRGICO

Vinicius
R. Almeida

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2019

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

03010000-9
03010000-9
03030000-0
03010000-7 (5930)

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria ☐ Obito ☐ Atestado ☐ SVD ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Scanned by CamScanner





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>GLEISON RIBEIRO DE COSTA</u>		Data da Admissão: <u>16/10/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: _____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: _____	
QPD: <u>DOE em RENO</u>			
HDA: <u>VALIA DE ACIDE E MOTO HOTE DO E DEFORMIDADE</u> <u>em MTD, PONTAMENTO PONTAMENTO</u>			
Medicações em uso: _____		COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA SIA 23 AGO. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorreia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

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

Scanned by CamScanner



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

Hipóteses Diagnósticas: 1. EXPOSTA OSSOS DA PERNA, LESÃO

POSSÍVEL

Conduta: INTERAR E TRATAMENTO CIRÚRGICO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>GLEIDSON DEFFERSON DA COSTA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>16/10/11</u>	Cirurgião: <u>DA REINO</u>			1º Assistente: <u>DR. YUKY</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>FR. EXPOSTA OSSOS DA PERNA</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O MESMO</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>PROLAPSO ABDOMINAL + FIXAÇÃO INTERNA</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim		Descreva:	
		2 (✓) Não			
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. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Scanned by CamScanner



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

PEÇA EM ODA SOB ANESTESIA
ASSÉPSIA E ANTISSEPSIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTERILIZADOS

Incisão:

LAZ GABRIEL ANTERIOR DE PENNA (O) PELA
PLANO ATÉ O FOCO DE INFLAMAÇÃO

Achados:

FRAGMENTOS DA PENNA

Conduta:

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%
DESBENDEMENTO DE TECIDOS DESVITELINIZADOS.
REALIZAR MANOBRAS DE REDUÇÃO POR ESCORIA
APOSICIAÇÃO DO PLANO E LAMPEJO SOB AUXÍLIO ESCORIA
LIMPEZA COM SF0,9%
SUTURA POR PLANO
CURATIVO
B) CONTROLE

Fechamento:

OBS:

ANTIBIÓTICO POR 48H E SE POUQUINHO
QUEIXAS ALTA HOSPITALAR

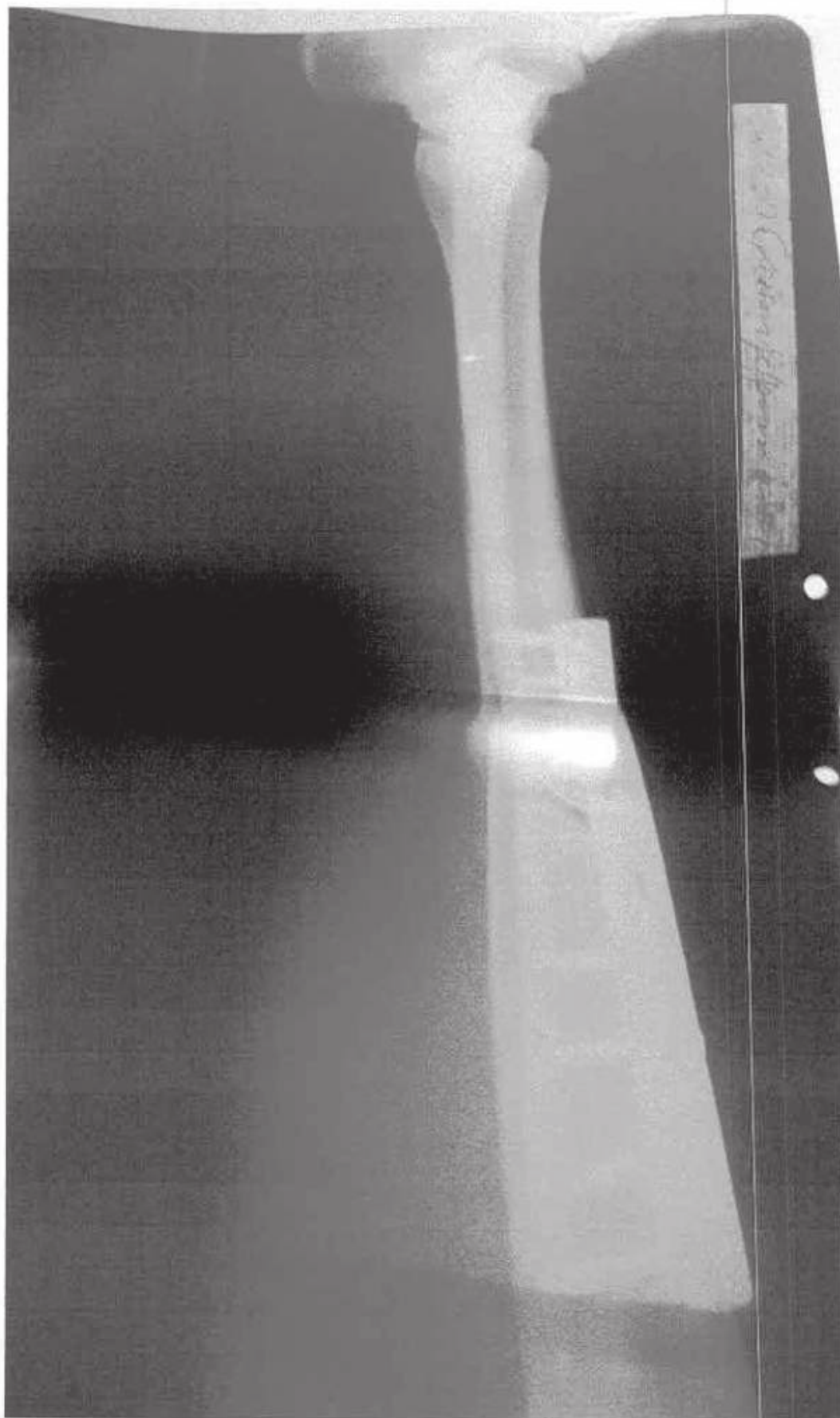
Data: 16/10/18


MÉDICO CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangueira II, João Pessoa - PB.

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



 **MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

212.86444.13-8

7706793 **0040** **P3**

Edson Jefferson de Souza

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2015
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

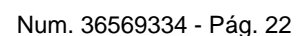
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 31/07/2014

Handwritten signature

Supervisor Regional do Trabalho e Emprego - na Paraíba



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



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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 703.290.894-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DE RESPECTIVO RECÍPITO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 3204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/05/2019IDENTIDADE 4094775ASSINATURA Gleudson Jefferson da Costa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290638/19

Vítima: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

CPF: 703.290.894-20

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

Data do acidente: 16/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLEDSON 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: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA
CPF: 703.290.894-20

GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

