
Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190362045

Vítima: JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS

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

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190362045

Vítima: JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS

Informamos que o pagamento da indenização o 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: JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000111080-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0189033/39 CPF da vítima: 07087773410 Nome completo da vítima: SEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE SOUZA

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

Nome completo: SEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE SOUZA CPF: 07087773410

Profissão: PROFESSOR Endereço: RUA DAS VIOLETAS Número: 44 Complemento:

Bairro: PARQUE DAS VIOLETAS Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58083331

E-mail: Tel.(DDD): 83 386601550

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 111080 7

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

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 5º, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa 04.06.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sefferson Anderson Candido de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: 04 JUN 2019

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05951.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05951.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 30 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Jefferson Anderson Candido de Farias**, CPF nº 070.877.734-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Autônomo, filho(a) de Maria Angela Candido de Araújo e José Eronildo Farias, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/09/1995 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Violetas, Nº 44, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado Zé do Arroz, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98660-1550.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Abdias, Próximo a Padaria Pão Fino Pão, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/09/18 21:14h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 23/09/2018, POR VOLTA DAS 21H14MIN, VINHA TRAFEGANDO NA AV. ABDIAS, NO BAIRRO DAS INDÚSTRIAS, NA MOTO DE MARCA-HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR-PRETA, ANO-2013/2013, PLACA-NQK7973/PB, CHASSI-9C2KC1670DR463513, CRLV EM NOME DE MARIA ANGELA CANDIDO DE ARAÚJO, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO DIA 01/10/2018, COM ALTA MÉDICA NO DIA 02/10/2018, CONFORME CID-10 S-82.6, ASSINADA PELO MÉDICO YURY CORDEIRO.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de maio de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS
Noticiante



Procedimento Policial: 05951.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0189033/39 CPF da vítima: 07087773410 Nome completo da vítima: SEFFERSON ANDERSON CAMARGO DE FARIA

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

Nome completo: SEFFERSON ANDERSON CAMARGO DE FARIA CPF: 07087773410

Profissão: PROFESSOR Endereço: RUA DAS VIOLETAS Número: 44 Complemento:

Bairro: PARQUE DAS VIOLETAS Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58083331

E-mail: Tel.(DDD): 83 386601550

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 111080 7

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

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa 04.06.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sefferson Anderson Camargo de Faria

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: 04 JUN 2019

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: -

Ficha Nr: 166019 Atd: Nao Regul
Data: 23/09/2018
Hora: 21:14:14
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JEFFERSON CANDIDO DE FARIAS

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 32122560

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/09/1995 Id: 23 ano(s)

End.: RUA/ NAO SOUBE INFORMAR,0

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA ANGELA CANDIDO DE ARAUJO SILVA Pai:

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

INFORMACOES DE ENTRADA

Razão: ESPOSA/ VICTORIA

Te/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.003292

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO



Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +CARRO HJ AS

Vitima de violência por: 20:00, NO B. DAS INDUSTRIAS

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO,
TRANZIDO PELO SAMU TRAUM EM MIE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

História - Exame Físico - (hora do atendimento) medicação

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Thiago
Medicina e Traumatologia
CRM 8302

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta e pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000111080-7

Nr. da Autenticação D10E5F59F20BD53B

05/04/2019

Local do Pagamento Pagável em qualquer Banco

Beneficiário/CNPJ

RV Financeira S/A CNPJ: 001.149.953/0001-89 Avenida das Nações Unidas, nº 14.171, Torre A, 8º andar, - Conjunto 87 - Vila Garibaldi, Cep 04794-000 - São Paulo/SP

Agência / Código Beneficiário

0001 9 / 1052477-1

Data do Documento

Número do Documento

Espécie do Documento

Aceite

Data do Processamento

Nosso Número

25/03/2019

0621247987

RAI

N

26/03/2019

02485000621247987

Uso do Banco

Carteira

Espécie

Quantidade

Valor

500

R\$

949,42

Valor Documento

949,42

(=) Valor Cobrado



CTD RECIFE PE PLT

MARIA ANGELA CANDIDO DE ARAUJO
R DAS VIOLETAS 44 CASA
INDUSTRIAS
58083-331 JOAO PESSOA - PB



72 13195069 79641 00000010484 30 270319

Instruções

- 1 Preencha o campo "VALOR COBRADO" com o total que está sendo pago.
- 2 Pagável em qualquer banco, mesmo após o vencimento.
- 3 Em caso de atraso ou pagamento parcial, haverá incidência de encargos que serão incluídos na próxima fatura, consulte no verso deste boleto o CET e mais informações.
- 4 Parcelamento da fatura: pague o valor exato da parcela escolhida até a data de vencimento, em um único pagamento.
- 5 Vencimento alternativo: pague o valor exato de R\$ 971,99 até 12/04/2019 em um único pagamento.

CPF: 795.892.644-00

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

001 10384



Linha 00074

1 7/03 PROTEÇÃO PATRIARCA CLASICO

720 PONTOS* NO RV MERCCE



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, MARIA ANGELA CANDIDO DE ARAUJO SILVA,

RG nº 1680952, data de expedição 27/06/2013

Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 78689264400,

com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de

PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DAS VIOLETAS, nº 44,

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

SEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS, cujo o condutor era

SEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS.

Veículo: MOTO Modelo: HONDA 16 150 Fm Ano: 2013/2013

Placa: WAK 7573 Chassi: 8C2KC1670 DN463513

Data do Acidente: 23/05/2018

Local e Data: JOÃO PESSOA, 23/05/2018

Maria Angela Candido de Araujo Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL



Reconheço por Autenticidade a firma de MARIA ANGELA
CANDIDO DE ARAUJO SILVA, [247197], J. Pessoa-PB, 23/05/2019
16:58:01 Emol R\$9,91 Farpen: R\$0,29 Fepi: R\$1,98,
TSS: R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO
PEREIRA SILVA. Selo Digital AIO29725-SIRD Consulte em
<https://selosdigital.sistema1000.com.br>



CERTIDÃO

Nº. 0189/2019

Atendendo solicitação de **JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 166019 e Prontuário nº 2018.09.003292 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 23/09/2018 às 21H14min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/10/2018 com alta médica dia 02/10/2018.

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

João Pessoa, 18 de fevereiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARGISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: -

Ficha Nr: 166019 Atd: Nao Regul
Data: 23/09/2018
Hora: 21:14:14
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES I
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JEFFERSON CANDIDO DE FARIAS

Num. Prontuario: 2018.09.003292

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 32122560

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/09/1995 Id: 23 ano(s)

End.: RUA/ NAO SOUBE INFORMAR, 0

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA ANGELA CANDIDO DE ARAUJO SILVA Pai:

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Relig.: ESPOSA/ VICTORIA

Te: 7 Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO + CARRO HJ AS

Vitima de violência por: 20:00, NO B. DAS INDUSTRIAS

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO,
TRAZIDO PELO SAMU TRAUM EM MIE

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

NO: 16000 de novo col. 16000

Dr. Pedro Thiago
Medicina e Traumatologia
16.256 / CRM 8302

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Onde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

01111118

Nome: <i>Jefferson paulinho</i>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
Data:		Cirurgião: <i>Dr. Jefferson</i>	1º Assistente:
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:
Anestesista:		Tipo Anestesia:	Horário: I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Ex. end. peno D</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O. de end.</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>RAFT</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não			Descreva: <i>[Signature]</i>
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			

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jefferson Lourenço Data da Admissão: 23/9/19
 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: _____

HDA: Int. do nos do pulm

et: Tumor no pulm
Nervoso. anal.

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

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

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

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

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

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



GOV. DO ESTADO
PARAÍBA



SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISICÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

1-CPF
2-CGC.

2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE

J. Pessoa Anderson

ENDEREÇO

BAIRRO

IDENTIDADE

ORIGEM

IDADE

PAM

SES

SSM

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

04/09/2013

MATERIAL A EXAMINAR

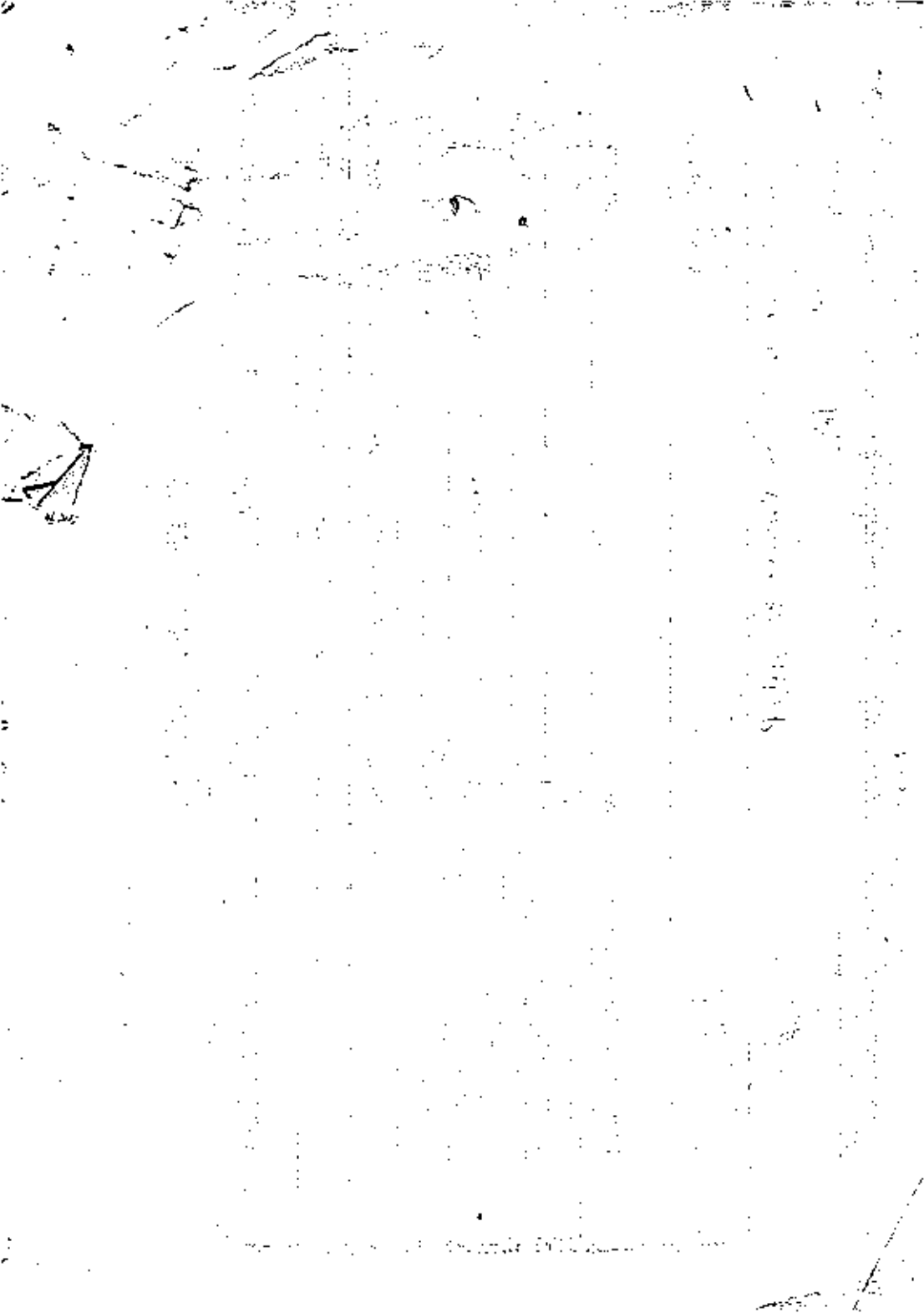
EXAMES SOLICITADOS Raio-X de Perna (E) AP/P

03/18/13

DATA

CARIMBO E ASSINATURA

CORRETOR DE SEGUROS







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

PB Nº 014201687070 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 27/09/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 79689264400 PLACA NQK7973/PB

RENAVAM 00525913084 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC1670DR463513

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

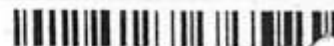
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) P A G O

PAGAMENTO S COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 25/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

38385-1215304-20180927



DETTRAN - PB Nº 014201687070
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA 1 Cód. RENAVAM 0052591308-4 PLN.T.N.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA ANGELA CANDIDO DE ARAUJO

CPF / CNPJ 79689264400 PLACA NQK7973/FB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1670DR463513

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC. / COTAS

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO PRÊMIO TOTAL (R\$) P A G O DATA DE PAGAMENTO 25/09/2018

OBSERVAÇÕES A.F BANCO HONDA S.A

LOCAL DATA 27/09/2018

32280 38385



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190362045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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 SEBASTIÃO ANDRÉ ANTONIO CAMARGO DE FARIAS
 DATA DO ACIDENTE 23/09/2018 CPF DA VÍTIMA 070.877.341-0
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SEBASTIÃO ANDRÉ ANTONIO CAMARGO DE FARIAS
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É SEBASTIÃO ANDRÉ ANTONIO CAMARGO DE FARIAS
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 1295 UOL 8945
 Nº 44 COMPLEMENTO BAIRRO Bairro das Palmeiras
 CIDADE Boa Vista UF PR CEP 58083-331
 E-MAIL TELEFONE (83) 986601550

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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04-06-2019
 IDENTIDADE 3.570.973
 ASSINATURA Sebastião Anderson C. de Farias

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04 JUN 2013
 NOME
 ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189033/19

Vítima: JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FAF

CPF: 070.877.734-10

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: JEFFERSON ANDERSON
CANDIDO DE FARIAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS : 070.877.734-10

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: 04/06/2019
Nome: JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS
CPF: 070.877.734-10

JEFFERSON ANDERSON CANDIDO DE FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA