



Número: **0800059-67.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **05/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37722 208	11/12/2020 10:08	2770460_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11962417

A/C: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170600209 ASL-0434205/17
Vitima: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA
Data Acidente: 27/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01357/01358 - carta_01



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**
Nº Sinistro: **3170600209**
Vítima: **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**
Data do Acidente: **27/07/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170600209**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01207/01208 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 11997442



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**

Nº Sinistro: **3170600209**
Vitima: **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**
Data do Acidente: **27/07/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170600209**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12842410

Pag. 00633/00634 - carta_16 - INVALIDEZ

00030317





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar indenização no banco.

EU, JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDAPORTADOR(A) DO RG Nº 918.567EXPEDIDO POR SSS/SPEM 28/03/08 ECPF 719728974-20 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36644-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

BOAVAL-PR, 19 de OUTUBRO de 2017

LOCAL E DATA

JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

⚠ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205/2017

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **27/07/2015 - às 15:30 horas**

Local do ocorrido: **na PB que liga Pombal a Catolê do Rocha-PB, próximo a Sítio Riacho SECO, Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **17/04/2017- 10:40Horas**

COMUNICANTE: JOSÉ CLEMENTINO DE ALMEIDA, **Filiação:** Vericimo Clementino do Nascimento e Edith de Sousa Nascimento; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** divorciado; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 15/08/1962; **Endereço Residencial:** Rua Sítio maniçoba II, Zona Rural de Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 998245855 **Portador de RG nº 918.567 SSP-PB.**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia uma motocicleta HONDA/BIZ 125 ES, ano/modelo 2015/2015 -placa: **OEU 7412/PB** - CHASSI: 9C2JC4820FR48320- COR VERMELHA, de propriedade e licenciada em nome filha do comunicante, a pessoa de JOSELIA FERNANDES DE ALMEIDA; Que trafegava na referida rodovia com destino a Pombal-PB, quando em uma curva foi ultrapassado por uma carreta, momento que tinha um animal na pista; Que ao perceber que a carreta iria bater no mesmo ao realizar a ultrapassagem e livra-se do animal, teve que puxar a motocicleta para fora da pista, vindo a descer o barranco; Que do acidente teve fratura no tornozelo esquerdo e no pé também esquerdo; Que foi socorrido pelo patrão do mesmo que o levou para Hospital Regional de Pombal, onde foi atendido; Que testemunharam o fato as pessoas de: JOSÉ MARCIO FERNANDES DE ALMEIDA, RG 3233585 SSP-PB, residente no Sítio Maniçoba II, Zona Rural de Pombal-PB; E também testemunhou o fato a pessoa de JOSELIA FERNANDES DE ALMEIDA, RG 2684062 -SSP-PB, residente no Sítio Maniçoba II, Zona Rural de Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal - PB, 17 de ABRIL de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: José Clementino de Almeida

1ª Testemunha: José Marcio Fernandes de Almeida

2ª Testemunha: Josélia Fernandes de Almeida

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

Escritório AD HOC / Portaria 015/2016- 19ª DSPC





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE CECILIANO DE ALMEIDA, portador da carteira de identidade nº 911.567, SSOS 1 PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 219.728.974-20, residente e domiciliado na Rua SITIO MANICORDA, S/N, ZONA RURAL, POMBAL - PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Jose Ceciliano de Almeida

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

POMBAL - PB, 19 de OUTUBRO de 2017.



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

"SENADOR RUI CARNEIRO"

Uropedista

10:52hr



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-93

☐ AZUL

☒ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA:

LEITO:

PACIENTE:

NOME: João Plimontino de Almeida

COR:

DATA DE NASCIMENTO: 15/08/62

IDADE: 52 SEXO: M

NOME DA MÃE: Edite de Sousa Maciel

PROFISSÃO: Agricultor

CARTÃO DO SUS: 702 3089 3193 9020

RG/CNH:

MUNICÍPIO: Pombal

ENDEREÇO: STO. Manoel

ESTADO: PB CEP: 58.540.000

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 262101

DATA DE ATEND.: 25/07/15

SINAIS VITAIS:

PA: 120x80 mmHg SPO:

FC:

HGT:

T: PESO:

GESTANTE: () SIM () NÃO

35 SEMANAS:

QUEIXAS: Trauma com suspeita de fratura

MEDICAÇÃO EM USO: Ituprafeno

ALÉRGICO: () SIM (X) NÃO SE SIM, AO QUE:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Trauma no pé direito com

fratura da base do 5º metatarso

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS:

RESULTADOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

8°

9°

10°

11°

12°

13°

14°

15°

16°

17°

18°

19°

20°





OBSERVACÇES DA ENFERMAGEM:

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA,

RG nº 918.567, data de expedição 28/03/08, Órgão SSP/PB,

CPF nº 719.728.974-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO MAWICORA</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PB/PB</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999746322 (83) 981488766</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL-PB, 19.10.2017

Assinatura do Declarante: Jose Clementino de Almeida



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Endereço para envio de correspondência

Endereço para envio de correspondência

Endereço para envio de correspondência Nº 001.222.559



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 739, Km 23 - Distrito Industrial - Jato Buçu / PR - CEP 84471-810
CNPJ 09.295.183 / 0001-48 - Insc. Est. 16.015.679-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO MOURA DE QUEIROGA
SIT MANICOBASIN
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1576756-9

REFERÊNCIA

OUT/2017

APRESENTAÇÃO

06/10/2017

CONSUMO

181

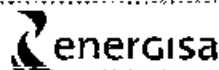
VENCIMENTO

16/10/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 65,87

Acesse: www.energisa.com.br



FRANCISCO MOURA DE QUEIROGA

Telefone: 03-227-219-5240

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 06/10/2017

VENCIMENTO

16/10/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 65,87

NUMEROS

15/6756-2017-10-0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:08:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110080923500000035985472>

Número do documento: 20121110080923500000035985472

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, **JOSELIA FERNANDES DE ALMEIDA**, RG nº 2684062, data de expedição 03/08/1999, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044.189.344-99, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua João Trigueiro Rocha, nº 838, Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**, cujo o condutor era **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Ano: 2015

Placa: OEU 7412/PB

Chassi: 9C2JC4820FR548320

Data do Acidente: 27/07/2015

Local e Data: POMBAL-PB, 19 / 10 /2017

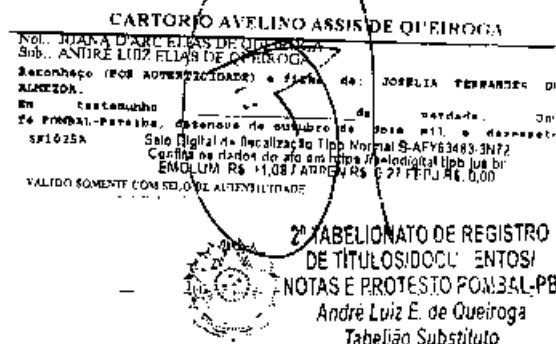


Joselia Fernandes de Almeida

Assinatura do Declarante

Jose Clementino de Almeida

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

João Cleonildo de Almeida

portador(a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das 17:00 horas,
sendo portador da infecção CID-10 S82.3

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 60 -
sessenta dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 02 de Junho de 20 15

Assinatura e Carimbo do Médico

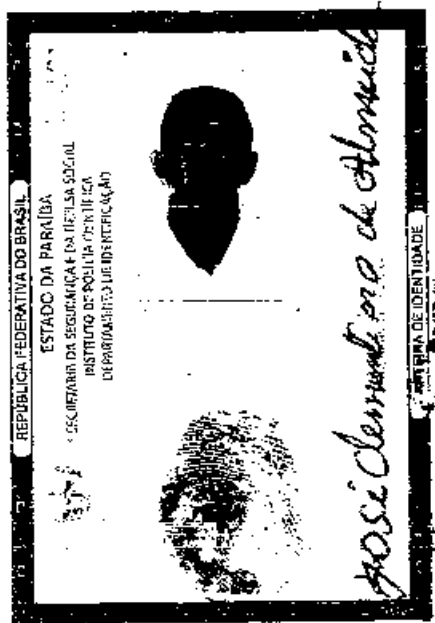
AUTORIZAÇÃO

Eu, João Cleonildo de Almeida autorizo o
Dr. Renato José a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Elisla Fernandes de Almeida

Assinatura do paciente ou Responsável





CPF: 719.728.974-20

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	918.567
DATA DE EXPEDIÇÃO	28/03/2008
NOME	JOSÉ CLEMENTINO DE ALMEIDA
FILIAÇÃO	VERICINO CLEMENTINO DO NASCIMENTO EDITH DE SOUSA NASCIMENTO
NATURALIDADE	POMBAL-PB
DATA DE NASCIMENTO	15/08/1962
END. RESID.	CASAM N.2138 PLS.263 LIV.B5
CITY	CARTORIO POMBAL-PB
ASSINATURA DO DIRETOR	
SUELIO MOREIRA TORRES	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 011374480384	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
1	0104131639-6	00/00009000	2015
JOSELIA FERNANDES DE ALMEIDA			
04418934499	06U7412/PB		
06U7412/PB	9C2JC4820FR548320		2015 16/03/2015
PAS/MOTONETA/NAO APLIC	ALCO/GASOL		
HONDA/BIZ 125 ES	2015 2015		
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA	
IPVA PAGO EM	09/03/2015		
PREMIO TARIFARIO (R\$)	0		
*****	SEGURO	PAGO	09/03/2015
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
POMERAL-PB	36994		16/03/2015
2011			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
PRÊMIO TARIFÁRIO FAIXA (R\$) ***** DETRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** QUOTIDIANO (R\$) ***** SEGURO PAGO DATA DE OUTRUSO 09/03/2015			
SEGURODORA LIDER - DPVAT CNPJ 09.248.661/0001-04 www.segurodotalider.com.br 2011-1328449-20150316			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 10:08:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110080923500000035985472>

Número do documento: 20121110080923500000035985472

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434205/17
Vítima: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA
CPF: 719.728.974-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/07/2015
Titular do CPF: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA

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

JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA : 719.728.974-20

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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/11/2017
Nome: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA
CPF/CNPJ: 719.728.974-20

Data do cadastramento: 09/11/2017
Nome: YVE PARREIRA DA SILVA
CPF: 021.475.857-50

JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA

YVE PARREIRA DA SILVA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jose CECILIANO DE ALMEIDA **N**
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 719.728.924-90
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Jose CECILIANO DE ALMEIDA
 ENDEREÇO DO PORTADOR SITIO MANICU DA
 Nº 56 COMPLEMENTO _____ BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE POMBAL UF PB CEP 58.940-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 999796322

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 DA 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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

- 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 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170600209 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 27/07/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Não definido

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Apresentar prontuário de internação hospitalar com descrição do tratamento realizado

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

