

---

**Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190174378**

**Vítima: CARLOS ALBERTO DA PIA**

**Data do Acidente: 12/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARLOS ALBERTO DA PIA**

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, 28 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190174378**

**Vítima: CARLOS ALBERTO DA PIA**

**Data do Acidente: 12/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ALBERTO DA PIA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190174378**

**Vítima: CARLOS ALBERTO DA PIA**

**Data do Acidente: 12/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ALBERTO DA PIA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190174378**

**Vítima: CARLOS ALBERTO DA PIA**

**Data do Acidente: 12/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ALBERTO DA PIA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190174378**

**Vítima: CARLOS ALBERTO DA PIA**

**Data do Acidente: 12/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ALBERTO DA PIA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190174378**

**Vítima: CARLOS ALBERTO DA PIA**

**Data do Acidente: 12/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190174378

Vítima: CARLOS ALBERTO DA PIA

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ALBERTO DA PIA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CARLOS ALBERTO DA PIA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 00000115423-2

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](http://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: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 029.509.234-03 Nome completo da vítima: CARLOS ALBERTO DA SILVA

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

Nome completo: CARLOS ALBERTO DA SILVA CPF: 029.509.234-03  
Profissão: APOSENTADO Endereço: RUA PEDRO BARBOSA Número: 17 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: OLMO 2ª OCELA Cidade: CARIM Estado: RJ CEP: 58340000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (63) 968607350

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

## RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: 0044 CONTA: 115423 2  
(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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 discordo 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 (viva nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

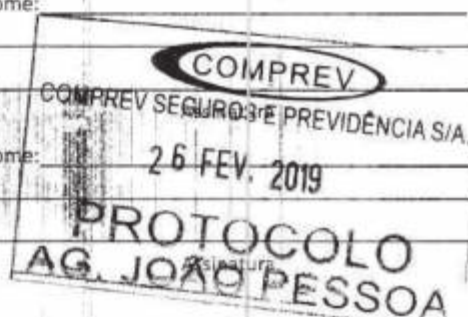
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_



(\*) 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.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 259/2019

Aos TREZE dias do mês de FEVEREIRO do ano de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 11508min; compareceu **CARLOS ALBERTO DA PIA, brasileiro, solteiro, natural de Duque de Caxias/RJ**, nascido aos 26/10/74, brasileiro, **RG: 521192-7 SSP/MA**. filho de Severino Antonio da Pia e de Terezinha Maria da Pia, residente na rua Pedro Barbosa-17- Sítio Olho D'água- zona rural de Capim/PB. Sapé/PB. **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 12/01/2019, aproximadamente meia noite, o declarante conduzia uma MOTO DE MARCA HONDA/CB X, DE PLACA MOD2559/PB, DE PROPIEDADE DO SR. WILSON LUIS DA SILVA; QUE o declarante vinha no Rodovia que liga a Cidade de Sapé à Capim, que após desviar de um buraco, perdeu o controle e veio ao solo, sendo o mesmo socorrido para o Hospital de Trauma, onde se submetera a uma cirurgia. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.**

DECLARANTE:

*Carlos Alberto da Pia*

ESCRIVÃ POLÍCIA:

*[Assinatura]*





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 259/2019

Aos TREZE dias do mês de FEVEREIRO do ano de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 11508min; compareceu **CARLOS ALBERTO DA PIA, brasileiro, solteiro, natural de Duque de Caxias/RJ**, nascido aos 26/10/74, brasileiro, **RG: 521192-7 SSP/MA**. filho de Severino Antonio da Pia e de Terezinha Maria da Pia, residente na rua Pedro Barbosa-17- Sítio Olho D'água- zona rural de Capim/PB. Sapé/PB. **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 12/01/2019, aproximadamente meia noite, o declarante conduzia uma MOTO DE MARCA HONDA/CB X, DE PLACA MOD2559/PB, DE PROPIEDADE DO SR. WILSON LUIS DA SILVA; QUE o declarante vinha no Rodovia que liga a Cidade de Sapé à Capim, que após desviar de um buraco, perdeu o controle e veio ao solo, sendo o mesmo socorrido para o Hospital de Trauma, onde se submetera a uma cirurgia. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.**

DECLARANTE:

*Carlos Alberto da Pia*

ESCRIVÃ POLÍCIA:

*[Assinatura]*







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949

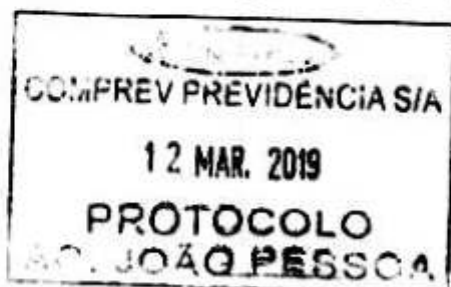
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 259/2019

Aos TREZE dias do mês de FEVEREIRO do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 11508min; compareceu **CARLOS ALBERTO DA PIA**, brasileiro, solteiro, natural de Duque de Caxias/RJ, nascido aos 26/10/74, brasileiro, RG: 521192-7 SSP/MA. filho de Severino Antonio da Pia e de Terezinha Maria da Pia, residente na rua Pedro Barbosa-17- Sítio Olho D'água- zona rural de Capim/PB. Sapé/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 12/01/2019, aproximadamente meia noite, o declarante conduzia uma MOTO DE MARCA HONDA/CB X, DE PLACA MOD2559/PB, DE PROPIEDADE DO SR. WILSON LUIS DA SILVA; QUE o declarante vinha no Rodovia que liga a Cidade de Sapé à Capim, que após desviar de um buraco, perdeu o controle e veio ao solo, sendo o mesmo socorrido para o Hospital de Trauma, onde se submetera a uma cirurgia. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: Carlos Alberto da Pia

ESCRIVÃ POLÍCIA: Leandro M. de Jesus  
Mat: 135.635-6



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190174378**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS ALBERTO DA PIA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**PEDRO BARBOSA, 17 - ZONA RURAL - Capim - PB - CEP 58287-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /MA** ] **25211927**

Data e local do acidente: [ **12/01/2019** ] **CAPIM-PB**

Data e local do exame: [ **02/05/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**LAC a DIREITO**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**12-01-2019 ACIDENTE AO EXAME : GRANDE CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DE OMBRO DIREITO +RETRAÇÃO DE PELE +HIPOTROFIA MUSCULAR LIMITAÇÃO DE 50% DE AD/AB/ELE/RI/RE DE OMBRO DIREITO**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**CIRURGIA ABERTA COM ALTA EM 22-01-2019 ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL JÁ DE ALTA NÃO FEZ FISIOTERAPIA**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LIMITAÇÃO MOTORA**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



# 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: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 029.509.234-03 Nome completo da vítima: CARLOS ALBERTO DA SILVA

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

Nome completo: CARLOS ALBERTO DA SILVA CPF: 029.509.234-03  
Profissão: ASSISTENTE Endereço: Rua Pedro Barbosa Número: 17 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: OLHO D'ÁGUA Cidade: CAPIBARI Estado: PR CEP: 58340000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (63) 968027350

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

## RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: 0044 CONTA: 115423 2  
(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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 discordo 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 (viva nascituro)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

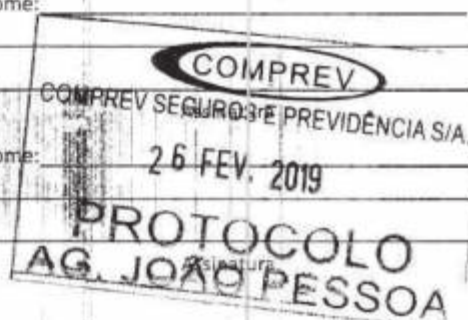
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Carlos Alberto da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

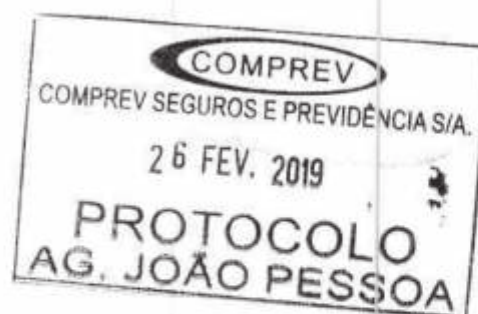


(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

## Documento de Alta

<b>Nome</b> CARLOS ALBERTO DA PIA			<b>Número Prontuário:</b> 113383
<b>Data de</b> 26/10/1974	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 12/01/2019 00:52:08	<b>Data de Alta:</b> 22/01/2019 09:43:27
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> conduta=PACIENTE PASSOU POR CIRURGIA DE LAC EM OMBRO			
<b>Resumo da Internação:</b> resumoInternacao=CIRURGIA DE LAC EM OMBRO			
<b>Resultado de Exames:</b> resultadoExames=RXS DE OMBRO: MATERIAL BEM POSICIONADO.			
<b>Tratamento:</b> tratamento=CIRURGICO			
<b>Diagnóstico:</b> S42.0 - Fratura da clavícula			
<b>Recomendações:</b> recomendacoes=ABO, AINH, RETORNO NO AMBULATÓRIO.			

Data: 22/01/2019

  
STEFFERSON PINHEIRO DINIZ  
CRM: 5762 - PB

# 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: 08/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALBERTO DA PIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000115423-2

---

Nr. da Autenticação 9879F88FE3F6F314



**CARLOS ALBERTO DA SILVA**  
 RUA PEDRO BARBOSA, 17 - OLHO D'ÁGUA  
 CAPIM/ PB CEP: 55267000 (AG 14)  
 Emissão: 18/12/2018 Referência: Dez/2018  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/ BANDA RENDA MONOFÁSICO B-200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/ PB - CEP 56071-680  
 Rotômetro: 11 - 350 - 823 - 2550 Nº medidor: 00300898005

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 CNPJ: 09.095.103/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Única Nº 17.269.560  
 Céd. para Dto. Automático: 0002074170

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **Apresentação**  
 Dez/2018 18/12/2018

Data prevista da próxima leitura **CPF/ CNPJ/ RANI**  
 18/01/2019 024.809.234-03  
 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

**5/287417-0**

Canal de contato

\* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
 - Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
 Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/11/18	17235	18/12/18	17364		129	28
<b>Demonstrativo</b>						
CG	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Atual	Valor Base Calc. Anterior	Variação
0001	Consumo até 300 kWh-BR	30,000	0,287890	8,63	8,63	0,00
0001	Consumo - 31 a 160 kWh-BR	70,000	0,493540	34,54	34,54	0,00
0001	Consumo - 161 a 220 kWh-BR	28,000	0,740300	20,73	20,73	0,00
0001	Adc. B. Amparo	0,40	0,40	0,16	0,16	0,00
0010	Subsídio	45,98	45,98	12,35	45,98	0,51
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>						
0807	CONTRIB. LIM. PÚBLICA	11,01	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2018	2,20	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2018	1,89	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2018	2,35	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018	2,51	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018	2,02	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Plano de Contas - Encargos	17,98	0,00	0,00	0,00	0,00

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

26 FEV. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

26475049

REFERÊNCIA

JAN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE FLAVIO DE M FELICIANO  
PC DR JOAO URSULO, 108 - CENTRO SAPE PB 58340- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
066.002.035.0143.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y10S078950	15/06/2010	EXT LACR	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
479      481      2      30      03/02/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

DEZ/2018	2	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
NOV/2018	0	TURBIDEZ	0	0	0
OUT/2018	0	CLORO	0	0	0
SET/2018	0	COL. TERMOT	0	0	0
AGO/2018	2	COR	0	0	0
JUL/2018	0	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	2	DADOS REFERENTES A: NOV/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 04/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 06:58:02

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

2 M3

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

2 M3

30,33

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 02/07

42,77

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
PROTÓTIPO  
AGUAS DE JOAO

TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LET 12 741/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAO FELIX DO VALO FOLGOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 076705184 / 03  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário COACOS D. DA PAZ inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 02450234 / 03, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima  
COACOS D. DA PAZ, inscrito (a) no CPF sob o Nº 02450234 / 03, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. JOÃO VESUDO</u>	Número <u>138</u>	Complemento
Bairro <u>CONTAG</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>
Email	CEP <u>58340000</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(83) 988827550</u>
		Telefone celular (DDD)

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
26 FEV. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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, WILSON LUIS DA SILVA

RG nº 2248394, data de expedição    /   /   

Órgão SSPB, portador do CPF nº 0428308477

com domicílio na cidade de CAB. M., no Estado de

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

SITIO OLMO D'ÁGUA, nº SN

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

CARLOS DEBORTO DA SILVA, cujo o condutor era

CARLOS DEBORTO DA SILVA

Veículo: MOTO Modelo: CBX Ano 2010

Placa: MOU 2559/PB Chassi:    

Data do Acidente: 16/01/2019

Local e Data: Solo / 16.01.2019

CARTÓRIO DE OFÍCIO  
E NOTAS DE CAPIM-PB

Wilson Luis da Silva

Assinatura do Declarante

Carlos Alberto da Silva

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO DE OFÍCIO E NOTAS DE CAPIM  
Avenida São Sebastião, 10, Centro, Capim - PB



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

WILSON LUIS DA SILVA

Dou fé. Capim/PB - 20/02/2019

Tabela Bel: RAOUEL DUTRA MELO DA SILVA

Selo Digital: AIE14124-QVWR

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 11,08 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,18 FEPJ R\$ 0,31

21



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradora lider.com.br](http://www.seguradora lider.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, WILSON LUIS DA SILVA

RG nº 2748394

data de expedição 01/04/2019

Órgão SSPB

portador do CPF nº 04283081477

com domicílio na cidade de CAPIM

no Estado de

PB

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO OLMO D'ÁGUA

nº SN

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

CARLOS ALBERTO DA SILVA

cujo o condutor era

CARLOS ALBERTO DA SILVA

Veículo: MOTO

Modelo: CBX

Ano 2010

Placa: MOB 2559/PB

Chassi: \_\_\_\_\_

Data do Acidente: 12/01/2019



Local e Data: São Paulo

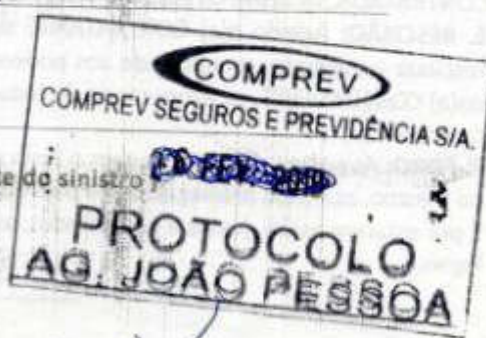
Wilson Luis da Silva

Assinatura do Declarante

Carlos Alberto da Silva

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO DE OFÍCIO E NOTAS DE CAPIM  
Avenida São Sebastião, 10, Centro, Capim - PB



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

WILSON LUIS DA SILVA

Dou fe. Capim/PB - 20/02/2019

Tabela Bel. RAQUEL DUTRA MELO DA SILVA

Selo Digital: AIE14124-QVWR

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 11,08 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,18 FEPJ R\$ 0,31

Carlos Alberto da Silva

WILSON

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 18h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0208-1806 / Outros Estados: 0800 022 81 88

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 81 88 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
10/01/2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Eu, Wilson Luis da Silva

RG nº 2-48390

data de expedição 01/10/2018

Órgão SSPB

portador do CPF nº 042.880.814-77

com domicílio na cidade de CARIMATÁ

no Estado de

PB

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO OLHO D'ÁGUA

nº SN

complemento

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

CARLOS DE BORTO DA SILVA

cujo o condutor era

CARLOS DE BORTO DA SILVA

Veículo: MOTO

Modelo: CBX

ano 2010

Placa: MOU 6559/PB

Chassi: 9C23C 4110AC 107-702

Data do Acidente: 16/10/2018

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**  
10/01/2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Local e Data: Sob. 12/01/2019

Wilson Luis da Silva

Assinatura do Declarante

Carlos Alberto da Silva

Assinatura do Condutor

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

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**  
10/01/2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**CARTÓRIO DE OFÍCIO E NOTAS DE CAPIM**  
Avenida São Sebastião, 10, Centro, Capim - PB



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

WILSON LUIS DA SILVA

Dou R. Capim/PB - 20/02/2019

Tabelião Bel. RAQUEL DUTRA MELO DA SILVA

Selo Digital: AIE14124-QVWR

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 11,08 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,18 FEPI R\$ 0,31

Autenticado



024.505.234-03



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CARLOS ALBERTO DA PIA  
DADOS DE NASCIMENTO 26/10/74  
NOME DA MÃE TEREZINHA MARIA DA PIA

### DADOS EXTRAÍDOS

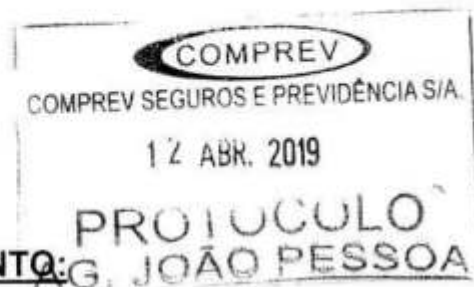
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.135.305  
Nº PRONTUÁRIO 113.383  
DATA DO ATENDIMENTO 12/01/19  
HORA DO ATENDIMENTO 00:13  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR D  
CID 10 S 43.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e impotência funcional do ombro D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro - D - AP e Obliquo  
Exames de Laboratório



### TRATAMENTO:

Luxação acrômio-clavicular D grau III ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Gustavo Mendonça e Dr. Marcos Vinicius da equipe da Ortopedia.

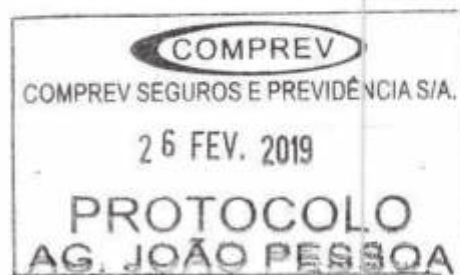
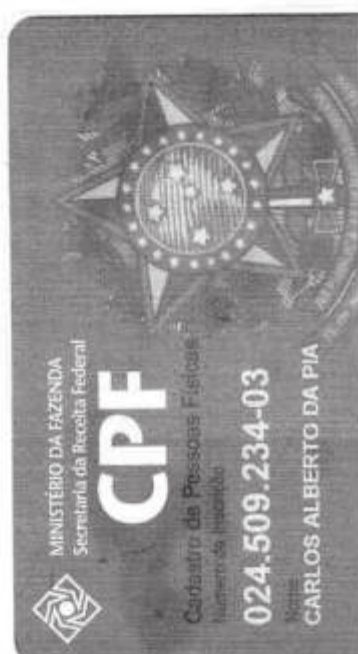
ALTA HOSPITALAR: 22/01/19  
DATA DA EMISSÃO: 26/03/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
PARTIDÁRIO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

DOC. EXIBIÇÃO / DNE HABITAÇÃO: 3074357 SSP PB

CPF: 076.706.164-07 DATA NASCIMENTO: 15/01/1987

FUNÇÃO: JOSE FELICIANO DA SILVA  
ELIANE DE MELO COSTA

PURIFICAÇÃO: ACC CACANA AB

NUMERO: 03862195795 VALIDEZ: 22/01/2019 1ª EMISSÃO: 13/06/2006

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO: *Rodolfo Canaã* 34414616525  
ASSINATURA DO EMPREGADO: PB027965120

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 23/01/2014

DETRAN - PB (PARATIBA)

ALUGA EM TUDO  
LANTERNA NACIONAL  
894087426

894087426

894087426

*Sem efeito*  
21 FEV. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
26 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 AGO. 2015  
*Sem efeito*  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

11 JUN. 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOBRE  
WILSON LUIS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE  
2748394 SSP PB

CNPJ  
042.830.814-77 DATA NASCIMENTO  
09/06/1982

FILIAÇÃO  
LUIS MARIANO DA SILVA  
MARIA DO NASCIMENTO DA  
SILVA

PERMISSÃO  
AB

ACC  
AB

CAT. NBR  
AB

Nº REGISTRO  
04223114556

VALIDADE  
23/04/2023

1ª HABILITAÇÃO  
05/11/2007

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
23/04/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

38830041561  
PB036743062

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1643267744

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1643267744

Proprietário do Veículo

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
26 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190174378

**Cidade:** Sapé

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

**Data do acidente:** 12/01/2019

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR À DIREITA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME : GRANDE CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DE OMBRO DIREITO , RETRAÇÃO DE PELE , HIPOTROFIA MUSCULAR. LIMITAÇÃO DE 50% DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO/ELEVAÇÃO/ROTAÇÃO INTERNA/ ROTAÇÃO EXTERNA DE OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CIRURGIA ABERTA COM ALTA EM 22-01-2019. ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, JÁ DE ALTA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do ombro D devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

## 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190174378

**Cidade:** Sapé

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

**Data do acidente:** 12/01/2019

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR À DIREITA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME : GRANDE CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DE OMBRO DIREITO , RETRAÇÃO DE PELE , HIPOTROFIA MUSCULAR. LIMITAÇÃO DE 50% DE ADUÇÃO/ABDUÇÃO/ELEVAÇÃO/ROTAÇÃO INTERNA/ ROTAÇÃO EXTERNA DE OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CIRURGIA ABERTA COM ALTA EM 22-01-2019. ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, JÁ DE ALTA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do ombro D devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190174378 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR (LATERALIDADE NÃO DEFINIDA).

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO/ALTA;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

## 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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190174378 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** & SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Corias Alberto da PIA  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Advogado  
Identidade: 521192-7 CPF: 02450763403  
Endereço: Sítio Ouro Negro, Capim/PA

### OUTORGADO:

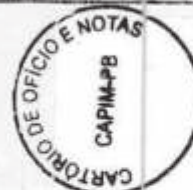
Nome: João Flávio de Mac. Feliciano  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: Advogado  
Identidade: 3044352 CPF: 0760616402  
Endereço: Rua R. João Vitorino, Centro, Sape/PA

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima \_\_\_\_\_

Corias A. da PIA

Sape 22.06.2019

Local e data



CARTÓRIO DE OFÍCIO E NOTAS DE CAPIM  
Avenida São Sebastião, 10, Centro, Capim - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

CARLOS ALBERTO DA PIA

Dou fe. Capim/PB - 20/02/2019

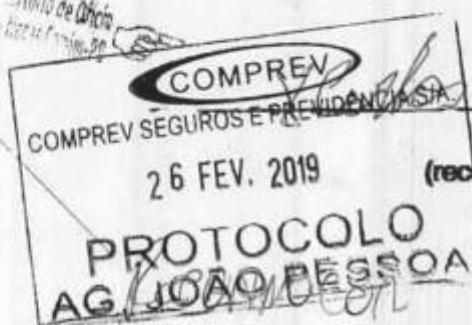
Tableta Ref. RAOUEL DUTRA MELO DA SILVA

Selo Digital/AIE14123-YH4R

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.ipb.jus.br>

Valor R\$ 11,08 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,18 FEPI R\$ 0,31

Cartório de Ofício  
e Tabelionato de Notas



Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

Corias

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071375/19

**Número do Sinistro:** 3190174378

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

**CPF:** 024.509.234-03

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS ALBERTO DA PIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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](http://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: 21/03/2019  
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO  
CPF: 076.706.164-07

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071375/19

**Número do Sinistro:** 3190174378

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

**CPF:** 024.509.234-03

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS ALBERTO DA PIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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](http://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: 01/04/2019  
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO  
CPF: 076.706.164-07

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2019  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071375/19

**Número do Sinistro:** 3190174378

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

**CPF:** 024.509.234-03

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS ALBERTO DA PIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 12/04/2019  
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO  
CPF: 076.706.164-07

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071375/19

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

**CPF:** 024.509.234-03

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS ALBERTO DA PIA

## 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  
Outros

### JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO : 076.706.164-07

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### CARLOS ALBERTO DA PIA : 024.509.234-03

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](http://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: 26/02/2019  
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO  
CPF: 076.706.164-07

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071375/19

**Número do Sinistro:** 3190174378

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

**CPF:** 024.509.234-03

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS ALBERTO DA PIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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](http://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: 12/03/2019  
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO  
CPF: 076.706.164-07

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS