

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, 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



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, 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.

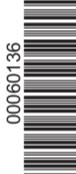
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 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.

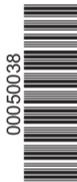
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 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



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, 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 médica-hospitalar

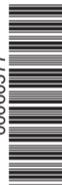
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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: INTERRUPÇÃO 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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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:	Nome completo da vítima:		
	029.509.234-03	Coronel Roberto do Rio		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>				
Nome completo:		CPF:		
coronel Roberto do Rio		029.509.234-03		
Profissão:	Endereço:	Número: 17 Complemento:		
ADMONTO	Av. Pedro Barboza			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Tel.(DDD):
OLHO D'ÁGUA	COPIM	PB	58340000	(63) 968807550
E-mail:				

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 0044  CONTA: 115423  2  
(Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Número da CONTA:

AGÊNCIA:  CONTA:  2  
(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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 por este ato a autorização para a realização da mesma, significando prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 Falecidos:  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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso 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 RÔGO  
  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
  
**COMPREV**  
COMPREV SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A  
26 FEVEREIRO 2019  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do 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 POLICIA 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 Policia 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- Sitio Olho Dágua- 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

ESCRIVÃO POLÍCIA:

  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

26 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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 POLICIA 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 Policia 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- Sitio Olho Dágua- 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 POLICIA:

  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

26 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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 POLICIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

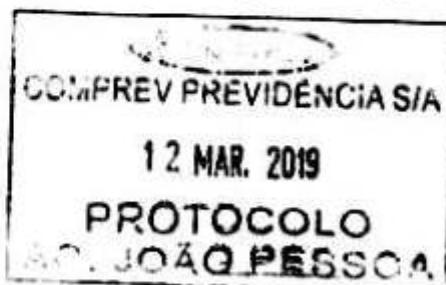
REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 259/2019

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 MAGALHÃES, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, ai 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 Dágua- 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

ESCRIVÃO POLÍCIA: Jayme M. Viana de Melo

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO DIREITO**

% 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

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 Morais 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:	Nome completo da vítima:		
	029.509.234-03	Coronel Roberto do Rio		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>				
Nome completo:		CPF:		
coronel Roberto do Rio		029.509.234-03		
Profissão:	Endereço:	Número: 17 Complemento:		
ADMONTO	Av. Pedro Barboza			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Tel.(DDD):
OLHO D'ÁGUA	COPIM	PB	58340000	(63) 968807550
E-mail:				

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 0044  CONTA: 115423  2  
(Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Número da CONTA:

AGÊNCIA:  CONTA:  2  
(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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 por este ato a autorização para a realização da mesma, significando prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 Falecidos:  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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso 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 RÔGO  
  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

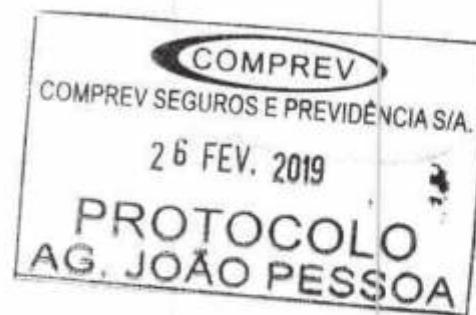
**TESTEMUNHAS**  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
  
COMPREV  
COMPREV SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A  
26 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do 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</b> 113383	<b>Prontuário:</b>
<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  
CAPM/FB CEP 59287000 (AG. 14)

Emissão: 18/12/2018 Referência: Dez/2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO B/200, Km 25 - Círculo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58001-680

Rotativo: 11-358-823-2560

Nº medidor: 00000888006

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.015.522-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 017.285.960  
Cód. para Dáh. Automatizado: 00002274119

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	18/12/2018	18/01/2019	024.809.234-03 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/287417-0

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE é fixada pela Lei nº 10.428, de 26 de abril de 2002.  
- Exercício de apresentação da Reserva 2318 de 10 a 14 de outubro de 2018.  
Reservista, pertence-se na sua Organização Militar.

CGI	Descrição	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	Demonstrativo					
							Quantidade	Tarifa C/	Valor Base C/	Alm. Itons(RB)	Base Calc. Pct(RB)	Correção(RB)
0001	Consumo ate 300Wh-BR	20/11/18	Lectura 17235	Data 18/12/18	Lectura 17304	129	28					
0001	Consumo - 31 a 1100Wh-BR			30.000 0,387800	8,63	8,63 27	8,29	8,63	0,03	0,43		
0001	Consumo - 101 a 225Wh-BR			70.000 0,493540	34,54	34,54 27	8,32	34,54	0,37	1,72		
0001	Adc. B. Amortiz.			28.000 0,740300	21,48	21,48 27	5,78	21,48	0,29	1,07		
0010	Subsídio				0,40	0,40 27	0,12	0,40	0,00	0,02		
0001	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			45,98	45,98	45,98 27	12,08	45,98	0,51	2,29		
0001	CONTABILIZAÇÃO											
0004	JUROS DE MORA 09/2018			11,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0004	JUROS DE MORA 10/2018			2,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0005	MULTA 09/2018			1,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0005	MULTA 10/2018			2,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			2,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			2,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2018			3,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

26 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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 de 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, com 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 José Fábio do Molho Faúcar, inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.080.164-107, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Coacos O. J. P. B, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.502.341-93, do sinistro de DPVAT cobertura INVOLUNT da Vítima Coacos O. J. P. B, inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.002.923-102, 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 Lider-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	Pe. 3000 VESVIO	Número	138	Complemento	
Bairro	CONTAO	Cidade	SDPG	Estado	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	(83)988827550	Telefone celular (DDD)	8340000



  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

26 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AGENDA PESSOA

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 Ciúmidoria: 0800 021 91 35

Eu, WILSON LUIS DA SILVA,

RG nº 2-48394 data de expedição \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Órgão SSP, portador do CPF nº 047.813.081-477,

com domicílio na cidade de CAMPINA, no Estado de

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

SITIO OLHO D'AGUA, 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 Jo. P., cujo o condutor era

Carlos Alberto Jo. P.

Veículo: MOTO Modelo: CBX Ano 2010

Placa: M002559/PB chassi: \_\_\_\_\_

Data do Acidente: 12/10/1209

Local e Data: Sob a a. 10/09

Assinatura do Declarante

carlos Alberto Jo. P.

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

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
26 FEV. 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

Do fó. Capim/PB - 20/02/2019

Tabelião Belo 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

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 2748394

data de expedição 01/04/2009

Órgão SSPA

portador do CPF nº 042.830.847-77

com domicílio na cidade de CBV, PB

no Estado de

PB

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO OLHO D'AGUA

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 Jo. Lis

cujo o condutor era

Carlos Alberto Jo. Lis

Veículo: MOTO

Modelo: CBX

Ano 2010

Placa: M0025591/PB

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

Data do Acidente: 21/01/2019

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAR. 2019

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data:

Sol 22/01/19

Assinatura do Declarante

Wilson Luis da Silva

Assinatura do Condutor

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

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

**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

De f. Capim/PB - 20/02/2019

Tabelião Belo RAQUEL DUTRA MELO DA SILVA

Selo Digital: AIE14124-QVWR

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

Emol R\$ 11,08 FARFEN R\$ 0,27 MPR\$ 0,18 FEPJR\$ 0,31

Rebelo

Felipe

Autenticado

21

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VÍCULO

**COMPREV**
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

 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 Indemnizações e Prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h): 0800 022 81 88 | SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | Capital e regiões metropolitanas: 0326-1804 | Centro-Sul: 0800 022 81 88 | Central Operadora: 0800 021 9135

**ABR 2015**

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 Operadora: 0800 021 9135

**PROTÓCOLO**
**AG. JOÃO PESSOA**

 Eu, WILSON LUIS DA SILVA

 RG nº 2-48390

 data de expedição 04/2009

 Órgão SSPES

 portador do CEP 58040-080

 com domicílio na cidade de CAPIM

no Estado de

PB

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO OLHO D'AGUA
nº SN

comprolamento \_\_\_\_\_ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

Carlos Alberto Jo. P. B.

cujo o condutor era

Carlos Alberto Jo. P. B.

 veículo: MOTO

 Modelo: CBX
ano 2010

 Placa: MOP 2559/PB Chassi: 902236 411046107702

 Data do Acidente: 12/10/12
**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

 Local e Data: 12/10/12

Assinatura do Declarante

Wilson Luis da Silva
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

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

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

WILSON LUIS DA SILVA

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

Tabelião Tit. RAQUEL DUTRA MELO DA SILVA

Selo Digital: ADE14124-QVWR

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

Envio R\$ 11,08 TARJEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,18 FEPJ R\$ 0,31


**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**
WILSON LUIS DA SILVA



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

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 ABR. 2019

**PROTÓCOLO**  
**TRATAMENTO:** G. JOÃO PESSOA

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

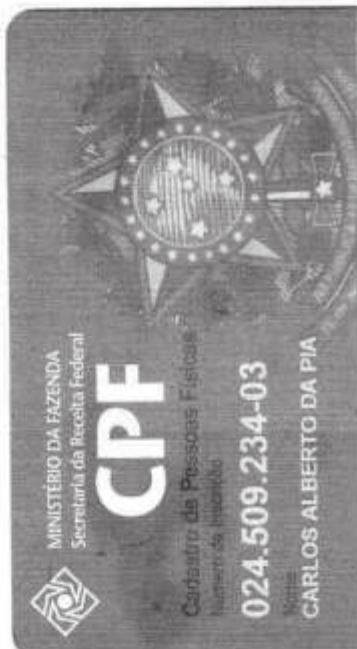
**ALTA HOSPITALAR:** 22/01/19

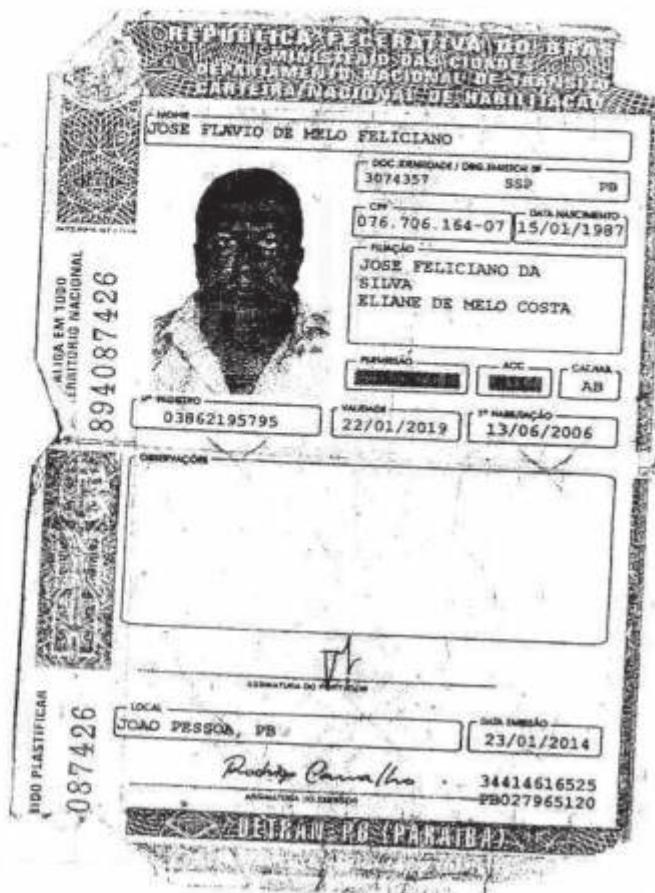
**DATA DA EMISSÃO:** 26/03/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO DE BEMEESTAL  
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





PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA  
21 FEV. 2013

11 JUN. 2013



Proprietário do Veículo



# 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** AO EXAME : GRANDE CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DE OMBRO DIREITO , RETRAÇÃO DE PELE , HIPOTROFIA  
**físico:** 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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** AO EXAME : GRANDE CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DE OMBRO DIREITO , RETRAÇÃO DE PELE , HIPOTROFIA  
**físico:** 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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 INVIAILIZOU 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: RAIO 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Carlos Alberto do Pio  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: ADMIRAL  
Identidade: 521192-7 CPF: 029 50963403  
Endereço: SIRIO OLHO D'AGUA, CAMPINA GRANDE, PB

### OUTORGADO:

Nome: João Flávio de Mac FARIAN  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: INTENHO  
Identidade: 3084352 CPF: 07670516403  
Endereço: RUA DE SÓCIO VASSOURA, CENTRO, SANTA MARIA, PB

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 substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento desse mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Carlos A. do Pio



SAPC 22.02.2019  
Local e data



Wictor da Pio  
Assinatura do Dutorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

Carlos

CARTÓRIO DE OFÍCIO E NOTAS DE CAPIPI  
Avenida São Sebastião, 10, Centro, Capiati - PB

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

CARLOS ALBERTO DA PIA

Dou Ié, Capiati/PB - 20/02/2019

Tabelião Belo RAQUEL DUTRA MELO DA SILVA  
Selo Digital-AIE/14123-YH4R  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Valor R\$ 11,08 FARPEN R\$ 0,27 MP RS 0,18 FEP/RS 0,31

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071375/19

**Número do Sinistro:** 3190174378

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

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

**CPF:** 024.509.234-03

**CPF de:** Próprio

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

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071375/19

**Número do Sinistro:** 3190174378

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

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

**CPF:** 024.509.234-03

**CPF de:** Próprio

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

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071375/19

**Número do Sinistro:** 3190174378

**Vítima:** CARLOS ALBERTO DA PIA

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

**CPF:** 024.509.234-03

**CPF de:** Próprio

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

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

---

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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

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

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

**CPF:** 024.509.234-03

**CPF de:** Próprio

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

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

---

RENATO LUNA DIAS