
Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190684847

Vítima: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

Data do Acidente: 10/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREI DO NASCIMENTO SALES

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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190684847

Vítima: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

Data do Acidente: 10/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREI DO NASCIMENTO SALES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000009801-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 583.605.577-72 4 - Nome completo da vítima: Edgar Fernandes de Farias

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

5 - Nome completo: Edgar Fernandes de Farias 6 - CPF: 583.605.577-72
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Sítio Campo Grande 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Curral de Gama 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58291-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Brasil
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0944 X CONTA: 31251 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Legenda:
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 02/12/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Edgar F. Sarias

agência - 0944 - x
conta - 33.253 - 7

c/c

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 308.009.224-25 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **André do Nascimento Sales**

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

5 - Nome completo: **André do Nascimento Sales** 6 - CPF: **308.009.224-25**
7 - Profissão: **Recuse** 8 - Endereço: **R. Ana Luísa de S. Santos 355**
9 - Número: **355** 10 - Complemento:
11 - Cidade: **Paratibe** 12 - Estado: **PB** 13 - CEP: **58062-353**
14 - Telefone: **(33) 98663-4900**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **3487** CONTA: **09801** 8
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a meu exclusivo direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 18, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) menor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa - PB 02/12/19**
André do Nascimento Sales

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



+55-83 9388-4694

hoje às 09:36



agência



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Secretaria
Segurança

João Pessoa/PB, 24 de -

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

EDGAR FERNANDES DE F.
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13326.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13326.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:39 horas do dia 20 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Andrei do Nascimento Sales**, CPF nº 108.009.224-25, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria Cilene Nascimento Sales e Jose Antonio de Sales, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 18/01/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ana Lúcia Souza Santos, Nº 355, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado Atlântico Sul., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98662-9453.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Capitão Severino Cesariano da Nóbrega, Por Trás do Carrefour., João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/07/19 12:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 10/07/2019 por volta das 12:40 horas quando transitava, pela Rua Capitão Severino Cesariano da Nóbrega, Bancários, João Pessoa-PB; nas imediações do CERREFOUR, com o veículo tipo TRAXX/JL50 Q2 ano/mod. 2009/2009, de cor preta de placa: QFL1739/PB CHASSI: 95JBXKBB29B000621 pertencente ao Sr. José Ilton Pereira Leite portador do CPF: 031.964.034-59; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando por atravessou o cruzamento e veio a colidir com um veículo não identificado, que evadiu-se do local, que invadiu a preferencial não obedecendo a placa PARE, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticada, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1176167, TRAUMATISMO NÃO IDENTIFICADO + FRATURA DOS OSSOS NASAIS CID 10 S 02.2 e T 14.9 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade CRM 3920/PB, sendo transferido, após a cirurgia, para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, LUXAÇÃO SEMILUNAR EM PUNHO ESQUERDO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. KLENIA FARIAS DA NÓBREGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 20 de novembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ANDREI DO NASCIMENTO SALES
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 583.605.577-72 4 - Nome completo da vítima: Edgar Fernandes de Farias

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

5 - Nome completo: Edgar Fernandes de Farias 6 - CPF: 583.605.577-72
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Sítio Campo Grande 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Curral de Gama 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58291-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Brasil
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0944 X CONTA: 31251 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Legenda:
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 02/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Edgar F. Sarias

agência - 0944 - x
conta - 33.253 - 7

c/c

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **108.009.224-25 Andrei do Nascimento Sales**

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

5 - Nome completo: **Andrei do Nascimento Sales** 6 - CPF: **108.009.224-25**
7 - Profissão: **Recuse** 8 - Endereço: **R. Ana Lucia de S. Santos 355**
9 - Número: **355** 10 - Complemento:
11 - Cidade: **Paratibe** 12 - Estado: **PB** 13 - CEP: **58062-353**
14 - Telefone: **(33) 98663-4900**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **3487** CONTA: **09801** 8
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a meu exclusivo direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 18, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) menor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa - PB 02/12/19**
Andrei do Nascimento Sales
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



+55-83 9388-4694

hoje às 09:36



agência



Documento de Alta

Nome: EDGAR FERNANDES DE FARIAS			Número Prontuário: 116496
Data de Nascimento: 25/11/1957	Sexo: Masculino	Data de Internação: 23/06/2019 19:42:21	Data de Alta: 01/07/2019 11:34:07
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=ALTA HOSPITALAR			
Resumo da Internação: resumoInternacao=FRATURA DIÁFISE DO ÚMERO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS			
Resultado de Exames: resultadoExames=RX			
Tratamento: tratamento=RAFI			
Diagnóstico: S42.3 - Fratura da diáfise do úmero			
Recomendações: recomendacoes=RETORNO EM 08/07/19 AS 7H COM DR RODRIGO AMARAL			

Data: 01/07/2019



Dr. Luiz Portela
Ortopedia-Traumatologia
LUIZ EDUARDO DUQUE PORTELA
CRM: 6867 - PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1176167

PACIENTE: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

DATA DE NASCIMENTO: 18.01.92

Data e Hora do Atendimento: 10.07.19

Horário: 13:30h

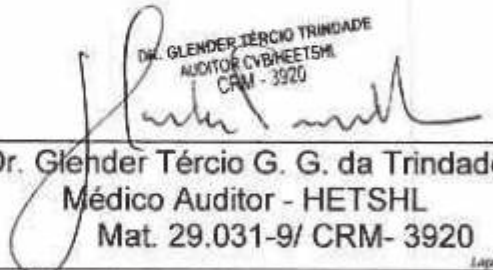
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente colisão(moto x carro) referindo cefaleia náuseas e vômitos, epistaxe, hematoma supra-orbitário esquerdo, dor e edema no punho e joelho esquerdo, Glasgow 15. Atendido pelo Dr. Jansen Henrique Cezarino CRM 11385, Dr. Patrício Oliveira CRO 4400, Dr. Leonardo P. C. Matias CRM 5028, Dr. Francisco dos Anjos Lima Neto CRM 2616.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO + FRATURA DOS
OSSOS NASAIS CID 10 S 02 2 e T 14 9**

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, da cirurgia geral, da traumatologia, da cirurgia bucomaxilofacial, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada de face, Rx do punho esquerdo AP e Obliquo, Rx do joelho esquerdo AP e Perfil e redução incruenta de fratura nasal com orientação de retorno para acompanhamento da cirurgia bucomaxilofacial.

ALTA HOSPITALAR: Em 10.07.19 às 18:32h.

Data da Emissão: 31.10.19


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Terapeuta: Rute Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1176166



Identificação do paciente				
ID 958019	Nome ANDREI DO NASCIMENTO SALES			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/01/1992	Idade 27 anos 5 meses 22 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA CILENE DO NASCIMENTO SALES			Pai JOSE ANTONIO DOS SANTOS	
Escolaridade NAO INFORMADO			Responsável (Parentesco) RAYSSA - ESPOSO(A)	
DDD Celular 83	Celular 987609210	DDD	Telefone	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns 700001299850108		
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CBO/R		
Endereço				
CEP 58062353	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ANA LUCIA DE SOUZA SANTOS	
Número 355	Complemento	Bairro PARATIBE		
Admissão				
Data e Hora 10/07/2019 13:30:33	Número da pulseira 1000007635716		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Melo de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 150 x 60 mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos Paciente admitido, trazido el sono, sem consciente muito t. corpo, queixa cefaleia, que p/ realizar exame.				
Diagnóstico Ana Flávia Melo COREN-PB 416.190-ENF				CID
Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA				Tempo 02min 11seg

Imprimir

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: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

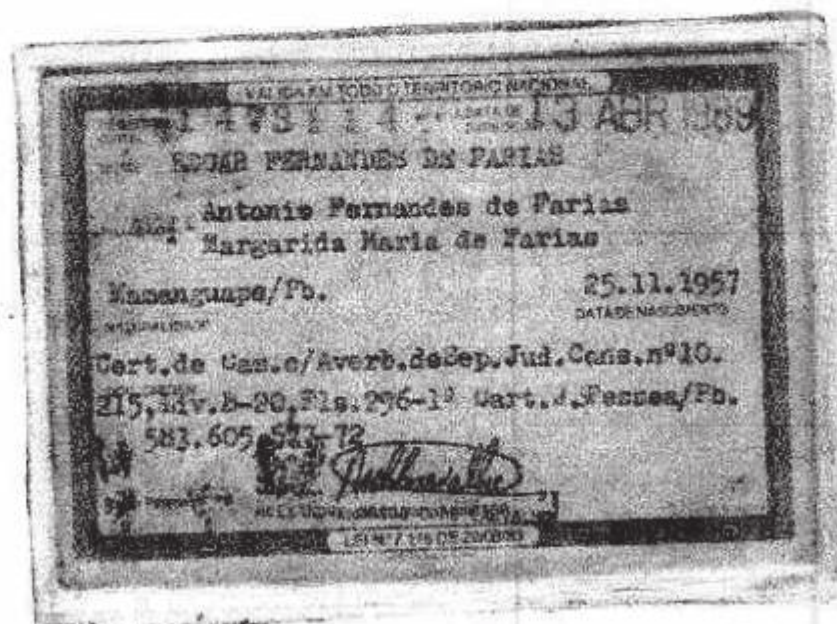
CLIENTE: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000009801-8

Nr. da Autenticação C3C1D6F25146D3F6



9328-5680

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
CARTERA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
DOC. IDENTIFIC. - CARGA HORARIA 1054562 SSP PS	
CPF 455.536.024-91	
DATA NASCIMENTO 02/04/1967	
FAMÍLIA JOSEFA GERVARIO DA SILVA	
FILIAÇÃO AD	
NÚMERO 00724153162	
VIGÊNCIA 10/11/2013	
PRORROGAÇÃO 06/04/1989	
ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 11/11/2014	
ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>	
NÚMERO 60378988469	
NÚMERO 98029545609	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1009001575

PROTEÇÃO PLÁSTICA
1009001575



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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1702450247



NOME
ANDREI DO NASCIMENTO SALES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3892972 PB/PB

CPF
108.009.224-25

DATA NASCIMENTO
18/01/1992

FILIAÇÃO
JOSE ANTONIO DE SALES

MARIA CILENE NASCIMENT
O SALES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

2

Nº REGISTRO
06292031604

VALIDADE
15/07/2019

1ª HABILITAÇÃO
30/01/2015

OBSERVAÇÕES

Andre do Nascimento Sales

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SAO PAULO, SP

DATA EMISSÃO
21/06/2018

Maxwell

Maxwell Borges de Moura Vieira Diretor Presidente do Detran-SP

ASSINATURA DO EMISSOR

41925684809

SP765590387

SÃO PAULO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1702450247

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
HARTIL NACIONAL DE VISTAS			
 Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE SOC. ECONÔMICA - DO - ENDER. M: 2627718 SSP: FD CPF: 046.562.754-74 Data de Nascimento: 21/05/1992 Parentesco: ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE Residência: 00000000 AC: 000000 CO: 00 1º Nascimento: 01/05/2010 2º Nascimento: 29/06/2001			
 Observações: <i>Alexandra Cesar Duarte</i> Assinatura do Titular			
Valida em todo o território nacional 894056231 Observações: <i>João Pessoa, PB</i> Assinatura do Titular			
Plástico 894056231 Assinatura do Titular <i>João Pessoa, PB</i> Assinatura do Titular			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190684847 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREI DO NASCIMENTO SALES **Data do acidente:** 10/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA NASAL.
LUXAÇÃO DE PUNHO ESQUERDO (SEMILUNAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE PUNHO) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P1 P10 P13 P14)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Edgar Fernandes de Farias, brasileiro(a), estado civil divorciado, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua Silva Campo Grande, nº 511, bairro Lama Rural, Município de Rural de Lima, Estado de(o) PB, Cep: 58991-000, portador(a) do Rg nº 1473114, SSP/ e CPF nº 583.605.577-72

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. F. Costa Duarte, nº 156, bairro Mangueira, Município de Id, Estado de (o) PB, Cep 58056-334, portador (a) do RG nº 10.54562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Edgar Fernandes de Farias, ocorrido em 23.1.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliário.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Jacará, 02 de agosto de 2019.

Edgar Fernandes de Farias
Outorgante
CPF Nº 583.605.577-72

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DISTRITAL DO
REGISTRO CIVIL E NOTAS
Maria Aparecida da Silva
Oficial
Sebastiana Fernandes da Silva Oliveira
Escrevente



☒ Autenticidade

Reconheço a Firma Edgar
Fernandes de
Farias

Ex dou fé
Em testº da da verdade

Timbo de Jacará-PB, 02 de 10 de 2019
Maria Aparecida da Silva

Selo Digital Nº BUUD7183-
Consulte autenticidade em:
HTTPS://selodigital.tpb.ju.br
FCNK

PROCURAÇÃO

Outorgante: Andrei do Nascimento Sales, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Serv. Gerais, residente e domiciliado à Rua Am. B. Silva, Souza Santos nº 355, bairro Parati, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 52.069-853, portador(a) do Rg nº 3892972, SSP/ PB e CPF nº 108.009.229-25

Outorgado: Alexandre Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. Tereza da Costa Duarte nº 15F, bairro Monte Galvão, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 52.056-384, portador (a) do RG nº 26.977.18, SSP/ PB e CPF nº 046.508.254-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Andrei do Nascimento Sales, ocorrido em 10.1.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Imaterial

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, de 02 de outubro de 2019.

CARTÓRIO
Andrei do Nascimento Sales
Outorgante
CPF Nº 108.009.229-25

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VB
2º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-04511
Reconheço por autenticidade a firma de
ANDREI DO NASCIMENTO SALES
Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 02/10/2019 13:48:58
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,60
SELO DIGITAL: AJF46781-3ZU1
Confira a autenticidade em <https://selodigital.ttb.pb.gov.br>
ALCELAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA

SERVIÇO NOTARIAL
2º Ofício
Digital
Rua Elza Pereira de
Araújo, 40 - Mangabeira
João Pessoa - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427089/19

Vítima: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

CPF: 108.009.224-25

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 10/07/2019

Titular do CPF: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

ANDREI DO NASCIMENTO SALES : 108.009.224-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439327/19

Vítima: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

CPF: 108.009.224-25

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 10/07/2019

Titular do CPF: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

ANDREI DO NASCIMENTO SALES : 108.009.224-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

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: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREI DO NASCIMENTO SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000009801-8

Nr. da Autenticação C3C1D6F25146D3F6