
Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607359

Vítima: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607359

Vítima: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000555127-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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: 0196092/39	CPF da vítima: 252.665.128-06	Nome completo da vítima: AGUIBALDO PATRIOTA DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: AGUIBALDO PATRIOTA DA SILVA	CPF: 252.665.128-06	
Profissão: ENTREGADOR	Endereço: RUA 15 DE NOVEMBRO	Número: 948 Complemento: APT. 08
Bairro: PALMEIRA	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PARNÁ CEP: 58403-075
E-mail:		Tel. (DDD): (83) 98651-8167

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 555127 2 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **JOÃO PESSOA 30/06/39**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

** Aguialdo Patriota da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **037-5735/19** 3 - CPF da vítima: **252.665.128-06** 4 - Nome completo da vítima: **AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA** 6 - CPF: **252.665.128-06**

7 - Profissão: **ENTREGADOR** 8 - Endereço: **RUA JS DE NOVOEMBRO** 9 - Número: **948** 10 - Complemento: **AP 08**

11 - Bairro: **PALMEIRA** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58401-075**

15 - E-mail: **(83)98657-8167**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos zerado - Preencher uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **5551272**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

II - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML - PRESERVIÇÃO 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 (assinhar 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - 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 o 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(s) (almeirão): ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____

35 - Nome legível de quem assina o rgo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rgo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rgo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa 28/10/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Aginaldo Patriota da Silva**

42 - Assinatura do Procurador (se houver):



TESTEMUNHA

Nome: Sterferson Assis de Azevedo
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Aparecida Assis de Azevedo e Jose Carlos de Azevedo
Idade: 36 **Data de Nascimento:** 01/09/1982 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino superior completo **Profissão:** Entregador
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 008.034.114-48
Endereço: Rua Vereador Manoel Uchôa, 477, Palmeira, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Proximo Ao Quartel do Exército
Telefone: (83) 98668-0889

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca honda, modelo cg 150 fan esdi, tipo de veículo passeio, cor PRETA, ano 2014, placa QFE-1947, chassi 9C2KC1680ER027868, renavam 0109519218-0, características gerais: Licenciado Em Nome de Paulo Andreson Tavares da Silva

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE

Exame de Lesão Corporal Leve/grave Nº 119.2019
(1) Aguinaldo Patriota da Silva (VITIMA)

HISTÓRICO

A vítima na data do dia 01/05/2019 as 20h 00min, estava a transitar com o veículo moto descrita; Que a vítima se deparou com uma outra moto vindo em sua direção e na contra mão; Que neste momento a vítima e a outra moto colidiram uma na outra e a vítima foi lançada ao solo; Que a vítima foi socorrida pelo SAMU, para o hospital de trauma de Campina Grande PB; Que neste hospital a vítima foi diagnosticada com ferimentos expostos no fêmur e na patela, conforme atestado médico com CID S72.8 - Fraturas de outras partes do fêmur.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº06328.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 01/05/2019

Hora: 20:00:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Pastor Jose Lopes de Albuquerque, Três Irmãs, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Conjunto Acácio Figueiredo Em Frente a Caixa D Água

PARTE(S)

VTIMA

Nome: Aguinaldo Patriota da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Herminia Patriota da Silva e Jose Flor da Silva

Idade: 41

Data de Nascimento: 02/08/1977

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

**Escolaridade: Ensino fundamental
incompleto**

Profissão: Entregador

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 252.665.128-06

Endereço: Rua Vereador Manoel Uchoa, 851, Palmeira, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Próximo Ao Quartel do Exército Brasileiro

Telefone: (83) 98620-1186

TESTEMUNHA

Nome: Paulo Andreson Tavares da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ignorado e Ignorado

Idade: 31

Data de Nascimento: 11/11/1987

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

**Escolaridade: Ensino fundamental
incompleto**

Profissão: Entregador

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 092.922.104-40

Endereço: Travessa Belarmino Timóteo, 38, Palmeira, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

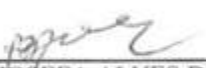
Ponto de referência: Proximo Ao Quartel do Exército

Telefone: (83) 86626-850





Campina Grande/PB, 07 de junho de 2019.


JOSEFA ALVES DE ASSIS

Delegado(a) de Polícia Civil


AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

Noticiante


JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA

Agente de Investigação





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº06328.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 01/05/2019

Hora: 20:00:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Pastor Jose Lopes de Albuquerque, Três Irmãs, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Conjunto Acácio Figueiredo Em Frente a Caixa D Água

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Aguinaldo Patriota da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Herminia Patriota da Silva e Jose Flor da Silva

Idade: 41

Data de Nascimento: 02/08/1977

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Ensino fundamental
incompleto

Profissão: Entregador

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 252.665.128-06

Endereço: Rua Vereador Manoel Uchoa, 851, Palmeira, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Próximo Ao Quartel do Exército Brasileiro

Telefone: (83) 98620-1186

TESTEMUNHA

Nome: Paulo Andreson Tavares da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ignorado e Ignorado

Idade: 31

Data de Nascimento: 11/11/1987

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Ensino fundamental
incompleto

Profissão: Entregador

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 092.922.104-40

Endereço: Travessa Belarmino Timóteo, 38, Palmeira, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Proximo Ao Quartel do Exército

Telefone: (83) 86626-850





TESTEMUNHA

Nome: Sterferson Assis de Azevedo
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Aparecida Assis de Azevedo e Jose Carlos de Azevedo
Idade: 36 **Data de Nascimento:** 01/09/1982 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino superior completo **Profissão:** Entregador
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 008.034.114-48
Endereço: Rua Vereador Manoel Uchôa, 477, Palmeira, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Proximo Ao Quartel do Exército
Telefone: (83) 98668-0889

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca honda, modelo cg 150 fan esdi, tipo de veículo passeio, cor PRETA, ano 2014, placa QFE-1947, chassi 9C2KC1680ER027868, renavam 0109519218-0, características gerais: Licenciado Em Nome de Paulo Andreson Tavares da Silva

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE

Exame de Lesão Corporal Leve/grave Nº 119.2019
(1) Aguinaldo Patriota da Silva (VITIMA)

HISTÓRICO

A vitima na data do dia 01/05/2019 as 20h 00min, estava a transitar com o veículo moto descrita; Que a vitima se deparou com uma outra moto vindo em sua direção e na contra mão; Que neste momento a vitima e a outra moto colidiram uma na outra e a vitima foi lançada ao solo; Que a vitima foi socorrida pelo SAMU, para o hospital de trauma de Campina Grande PB; Que neste hospital a vitima foi diagnostica com ferimentos expostos no fêmur e na patela, conforme atestado medico com cid S72.8 - Fraturas de outras partes do fêmur.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

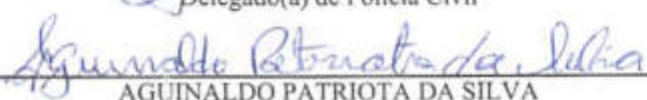




Campina Grande/PB, 07 de junho de 2019.


JOSEFA ALVES DE ASSIS

Delegado(a) de Polícia Civil


AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

Noticiante


JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA

Agente de Investigação



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: 0196092/39	CPF da vítima: 252.665.128-06	Nome completo da vítima: AGUIBALDO PATRIOTA DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: AGUIBALDO PATRIOTA DA SILVA	CPF: 252.665.128-06	
Profissão: ENTREGADOR	Endereço: RUA 15 DE NOVEMBRO	Número: 948 Complemento: APT. 08
Bairro: PALMEIRA	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PARNÁ CEP: 58403-075
E-mail:		Tel.(DDD): (83) 98651-8167

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 555127 2 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **JOÃO PESSOA 30/06/39**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

** Aguialdo Patriota da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____



Assinatura

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **037-5735/19** 3 - CPF da vítima: **252.665.128-06** 4 - Nome completo da vítima: **AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA** 6 - CPF: **252.665.128-06**

7 - Profissão: **ENTREGADOR** 8 - Endereço: **RUA JS DE NOVEMBRO** 9 - Número: **948** 10 - Complemento: **AP 08**

11 - Bairro: **PALMEIRA** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58401-075**

15 - E-mail: **(83)98657-8167**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos zerado - Resolva Leno nº 404)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **5551272** 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 Lider 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 DO LAUDO DO IML - PRESERVIÇÃO 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 (assinhar 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 de 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 o 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(s) (além do(a) filho(s)) ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Em caso de que a Seguradora Lider pagar, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário 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.

34

35 - Nome legível de quem assina o rgo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rgo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rgo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa 28/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 1/5/2019	HORA: 20:00 HRS	ID Nº: 1772172
NOME:	AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA: PASTOR JOSE LOPES DE ALBUQUERQUE	
COMPLEMENTO:	ACASSIO FIGUEIREDO EM FRENTE A CAIXA D'AGUA	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 6 de junho de 2019.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 1/5/2019	HORA: 20:00 HRS	ID Nº: 1772172
NOME:	AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA: PASTOR JOSE LOPES DE ALBUQUERQUE	
COMPLEMENTO:	ACASSIO FIGUEIREDO EM FRENTE A CAIXA D'AGUA	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 6 de junho de 2019.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000555127-2

Nr. da Autenticação 020E0DBA273716B3

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Requisito para simples pagamento via rede fixa elétrica de energia elétrica Nº 054.853.296

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58413-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 16.801.839-1

DADOS DO CLIENTE

VIVIANE KELLY FREIRE PEREIRA

RUA 15 DE NOVEMBRO 948 AP 08

CAMPINA GRANDE

Eq. 58403-075

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/257523-1

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

10/10/2019

CONSUMO

125

VENCIMENTO

26/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 115,90

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00532.312170 9 80540000011590

Pagador: VIVIANE KELLY FREIRE PEREIRA CNPJ/GPF: 068.587.824-43

RUA 15 DE NOVEMBRO 948 AP 08 - PALMEIRA - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

31490360000532312

Nr Documento

000257523201910

Data Vencimento

26/10/2019

Valor do Documento

R\$ 115,90

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO ANDRESON TAVARES DA SILVA,
RG nº 3.529.809, data de expedição ___/___/___, Órgão
SSP/PB, portador do CPF nº _____, com domicílio na
cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARNÁ, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA TAN. BELARMINO TIMOTEO, nº 38,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA, cujo o condutor era
AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA.

Veículo: PAS/ MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FAN ESDI
Ano: 2014 / 2014
Placa: RFE-1947-PB
Chassi: 9C2RC1680ER087868
Data do Acidente: 01/05/2019
Local e Data: C. Grande - PB, 06/06/2019



Paulo Anderson T. da Silva
Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

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



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
PAULO ANDRESON TAVARES DA SILVA

Dout. Campina Grande/PB - 06/06/2019

Substituta: NELIA MELLO LUCAS

Selo Digital AIP53461-MQBH

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

Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Fep R\$1,82



Nelia Mello Lucas
Tabellã Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande-PB

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO ANDRESON TAVARES DA SILVA,
RG nº 3.529.809, data de expedição / / , Órgão
SSP/PB, portador do CPF nº , com domicílio na
cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARNÁIA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA. TAN. BELARMINO TIMOTED, nº 38,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA, cujo o condutor era
AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA.

Veículo: PAS/ MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FAN ESDI
Ano: 2014 / 2016
Placa: QFE-1947-PB
Chassi: 9C2RL1680ER087868
Data do Acidente: 01/05/2019
Local e Data: C. Grande - PB, 06/06/2019

 Paulo Anderson T. da Silva
Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

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

6º

Serviço Notarial 6º OFÍCIO

Rua Marques do Amaral, 16 - Loja 6 - Galeria
Ed. Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 58105-020 - Fone: (33) 3341-2058

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
PAULO ANDRESON TAVARES DA SILVA

Dout. Campina Grande/PB - 06/06/2019

Substituta: NELIA MELLO LUCAS

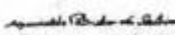
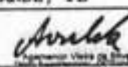
Selo Digital: AJP53461-MQBH

Consulte a autenticidade em <https://selo.digital.tpb.br>

Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Fep R\$1,62



Nelia Mello Lucas
Tabeliã Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande-PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO							
NOME AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA							
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 3047975 SSP PB						
	CPV DATA NASCIMENTO 252.665.128-06 02/08/1977						
	PRIMAÇÃO JOSE FLOR DA SILVA HERMINA PATRIOTA DA SILVA						
<table border="1"> <tr> <td>PERMISSÃO</td> <td>ACC</td> <td>CAT. HSA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AB</td> </tr> </table>		PERMISSÃO	ACC	CAT. HSA			AB
PERMISSÃO	ACC	CAT. HSA					
		AB					
Nº REGISTRO 02811535233	VALIDADE 11/07/2021						
1ª HABILITAÇÃO 02/04/2003							
OBSERVAÇÕES							
 ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 13/07/2016						
 ASSINATURA DO EMISSOR	46854090074 PB032882254						
DETRAN - PB (PARAIBA)							

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

1275673520

PROIBIDO PLASTIFICAR

1275673520



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201755963
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 20180100088136-2 EXERCÍCIO 2018

NOME PAULO ANDRÉSON TAVARES DA SILVA

CPF / CNPJ 09292210440 PLACA QFE1947/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1680ER037868

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

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP / POT / CIL 2 P/144 /C1 CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

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

FAIXA I.P.V.A. ***** PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO PRAGO PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 18/09/2018

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DÚPLICA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL CAMPINA GRANDE-PB DATA 18/09/2018

33375 33880

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

PB Nº 014201755963 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/09/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 09292210440 PLACA QFE1947/PB

RENAVAM 01095192180 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2014 CAT. TARE 2 Nº CHASSI 9C2KC1680ER037868

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PRAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 18/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

33880-1343074-20180918



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201755963
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0109519218-0 EXERCÍCIO 2018
RNTA/C 20180100088136-2

NOME
PAULO ANDRÉSON TAVARES DA SILVA

CPF / CNPJ 09292210440 PLACA QFE1947/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1680ER037868

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN KSD1 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTAS 1º
IPV A FAIXA IRVA PARCELAMENTO / COTAS 2º
***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 18/09/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOUTRINA
DOCUMENTO DE REGISTRO OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA
CAMPINA GRANDE - PB 18/09/2018

33275 33880

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

PB Nº 014201755963 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/09/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 09292210440 PLACA QFE1947/PB

RENAVAM 01095192180 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1

ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC1680ER037868

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO DO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 18/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.340.608/0001-04

33880-1343074-20180918



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA AGUIINALDO PATRIOTA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 01.05.2019 CPF DA VÍTIMA 252.665.128-06
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É AGUIINALDO PATRIOTA DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA 15 DE NOVEMBRO
 Nº 948 COMPLEMENTO APTº 08 BAIRRO PALMEIRA
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.405-075
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98651-8167

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 10/05/2019
 IDENTIDADE 3047.975-SS/PB
 ASSINATURA Aguiinaldo Patriota da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME 10
 ASSINATURA _____



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO ANDRESON TAVARES DA SILVA,
RG nº 3.529.809, data de expedição ___/___/___, Órgão
SSP/PB, portador do CPF nº _____, com domicílio na
cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARNÁ, onde
resido _____ na _____ (Rua/Avenida/Estrada)
RUA. TRAV. BELARMINO TIMOTEO, nº 38,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA, cujo o condutor era
AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA.

Veículo: PAS/ MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FAN ESDI
Ano: 2014 / 2016
Placa: RFE-1947-PB
Chassi: 9C2RL1680ER087868
Data do Acidente: 01/05/2019
Local e Data: C. Grande - PB, 06/06/2019



Paulo Anderson Tavares da Silva
Assinatura do Declarante (reconhecer firma por AUTENTICIDADE)

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

6ª

Reconheço no 6º Ofício

Rua Marechal Deodoro, 10 - Loja 6 - Galeria
Neli Mello Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 57060-000 - Fone: (31) 3411-0000

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
PAULO ANDRESON TAVARES DA SILVA
Dout. Campina Grande/PB - 06/06/2019
Substituta: NELIA MELLO LUCAS
Selo Digital: AIP53461-MQBH

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Fep R\$1,82



Nelia Mello Lucas
Tabeliã Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO		CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO	
NOME: PAULO ANDRESON TAVARES DA SILVA		RG: 3525909		CPF: 092.922.104-40		DATA NASCIMENTO: 12/11/1987	
FILIAÇÃO: _____		ENDEREÇO: _____		Cidade: _____		Estado: _____	
PROFISSÃO: _____		ACD: _____		CENSO: _____		AB: _____	
1ª EMISSÃO: 27/07/2010		VALIDADE: 06/04/2020		Nº HABITO: 04334894829		Nº HABITACAO: 1083319500	
LOCAL: CAMETIM, GUARAPES, PB		DATA EMISSÃO: 19/06/2015		15261464160		PB030432332	
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO: _____		LOCAL: _____		DATA: _____		Nº HABITACAO: 1083319500	
OBRIGADO		OBRIGADO		OBRIGADO		OBRIGADO	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201755963

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA-1 0109519218-0 00/00000000 2018

EXERCÍCIO 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

0109519218-0 00/00000000 2018

CONTRAN

DETRAN



PB Nº 014201755963 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/09/2018
PLACA QFE194/PB
CPF/CNPJ 09292210940
RENAVAM 01095192180
MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1
ANO FAB. 2014 C.V. 9
Nº CHASSI 9C2KJ1680ER037868
CUSTO DO SEGURO (R\$) 00000000
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000
JOF (R\$) 00000000
SEGURO P.A.G.O.
DATA DE QUITAÇÃO 18/09/2018
COTA ÚNICA PARCELADO
CNPJ 09.246.608/0001-04

PB Nº 014201755963 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/09/2018
PLACA QFE194/PB
CPF/CNPJ 09292210940
RENAVAM 01095192180
MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1
ANO FAB. 2014 C.V. 9
Nº CHASSI 9C2KJ1680ER037868
CUSTO DO SEGURO (R\$) 00000000
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000
JOF (R\$) 00000000
SEGURO P.A.G.O.
DATA DE QUITAÇÃO 18/09/2018
COTA ÚNICA PARCELADO
CNPJ 09.246.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607359 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9,19.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 INTENSA DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607359 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9,19.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 INTENSA DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196092/19

Vítima: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

CPF: 252.665.128-06

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: AGUINALDO PATRIOTA
DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA : 252.665.128-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/06/2019
Nome: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA
CPF: 252.665.128-06

AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375735/19

Vítima: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

CPF: 252.665.128-06

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA : 252.665.128-06

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: 28/10/2019
Nome: AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA
CPF: 252.665.128-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

AGUINALDO PATRIOTA DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA