



Número: **0801366-06.2017.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **28/07/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31996 648	02/07/2020 11:50	<u>2732431_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150206895 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: A vitima sofreu ferimento no pé direito e fratura no pé esquerdo

Descrição do exame Edema e cicatriz de cirurgia no dorso do pé direito, sem sequela motora. Tem dor, edema e limitação do tornozelo e
médico pericial: pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Foi feito limpeza cirúrgica com retirada de corpo estranho no pé direito e bota gessada por 52 dias no pé esquerdo.

Sequelas permanentes: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO MEREZ BANDEIRA DE SOUSA

CRM do médico: 5401

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2015

Carta nº: 6574737

A/C: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Sinistro: 3150206895
Vítima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA
Data Acidente: 12/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2015

Carta nº: 6737877

A/C: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Sinistro: 3150206895
Vitima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA
Data Acidente: 12/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005778-9

Conta: 000001928-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Multa:	R\$ 0,00
--------	----------

Juros:	R\$ 0,00
--------	----------

Total creditado:	R\$ 1.687,50
------------------	--------------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2015

Carta nº: 6496709

A/C: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Sinistro: 3150206895
Vitima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA
Data Acidente: 12/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3150206895 - 1

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA MAE BURREGA n° S/N - CENTRO - ITAPORANGA/PB

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1603018-2 - SSP

Data local do exame: 27/03/2015 POMBAL/PB

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

A vítima sofreu ferimento no pé direito e fratura no pé esquerdo

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM

NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM

NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Foi feito limpeza cirúrgica com retirada de corpo estranho no pé direito e bota gessada por 52 dias no pé esquerdo.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM

NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Edema e cicatriz de cirurgia no dorso do pé direito, sem sequela motora. Tem dor, edema e limitação do tornozelo e pé esquerdo.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

pe direito

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

pé esquerdo

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - POMBAL, 27/03/2015

Médico Perito: JOAO MEREZ BANDEIRA DE SOUSA CRM: 5401


JOAO MEREZ B. DE SOUSA
CRM - 5401-PB

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:50:46
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211504594500000030670206
Número do documento: 20070211504594500000030670206

Num. 31996648 - Pág. 5

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05778-9

CONTA: 000000001928-3

Nr. Autenticação

BRADESCO07042015050000000002370577800000001928168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:50:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211504594500000030670206>
Número do documento: 20070211504594500000030670206

Num. 31996648 - Pág. 6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150206895 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DO PE/FERIMENTO EM PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PERICIA PARA MELHOR AVALIAÇÃO

DANOS

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

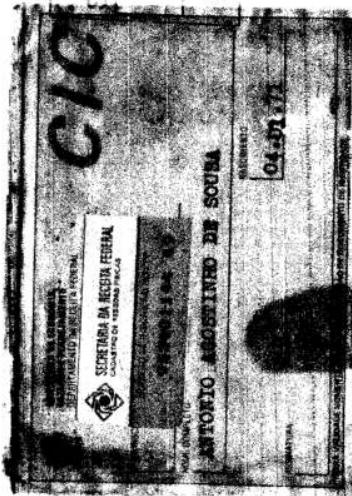
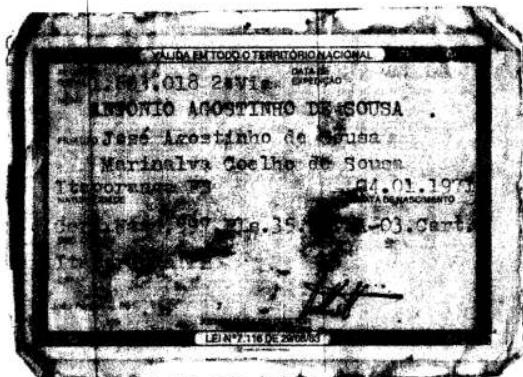
Nome do médico: JULIANA WANIS

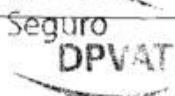
CRM do médico: 52.88043-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:







O MBM está ao seu lado
para garantir este direito



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez () DAMS () - Seguradora : **MBM - 6084**

Valor da Indenização - R\$: _____

Vitima: Antônio Augusto de Souza Nascimento / /

CPF: _____ / _____

Reclamante - Vitima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ **CPF/CGC:** _____ / _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **CEP:** _____ **TEL: ()** _____

Procurador: _____ **CPF/CGC:** _____ / _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **CEP:** _____ **TEL: ()** _____

Dados da Ocorrência _____ **Data do Sinistro /Fato:** / /

Data do Boletim /Registro: / / **Estado da ocorrência:** _____

Veíc. Identificado () sim () não	Placa	Tipo de Veículo
---	--------------	------------------------

Vitima:

- 1 - Transportado ()
- 2 - Não transportado ()
- 3 - Motorista

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo: _____

PB
Local / Data

Alon
Assinatura





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Isabela Agostinho da Silva
DATA DO ACIDENTE 12/12/2014 CPF DA VÍTIMA 983.401.144-49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____ BAIRRO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ FONE/TELEFONE (_____) _____

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 CONFIRME 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, TAISS 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, TAISS 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\$ 11.500,00
- 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 FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DP/ITSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dp/itsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____





HÓSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741



Prontuário: 19157 Data/Hora 12/12/2014 14:10:15
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Serviço do Dr.:

Paciente ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA

Idade: 43 Sexo: M

Filiação
Pai: JOSE AGOSTINO DE SOUSA
Mãe: MARINALVA COELHO DE SOUSA

Endereço
Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002
Endereço: MAE BURREGO N.º 206
Bairro: CENTRO
Naturalidade: ITAPORANGA - PB
Fone: (83)9967-2317

Documentos
CNS: 209-9542-6052-0006
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais
Nascimento: 4/1/1971
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Recepção: Ingrid





HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO" PATOS - PARAÍBA EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: ANTONIO AGUSTINOS SOS LEITO:

LEITO: _____

REG.: _____



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Cosmo Soares Pereira,
RG nº 2252065, data de expedição 08/01/96 Órgão SSP/PB, portador
do CPF nº 02599194466, com domicílio na cidade de Itaporanga,
no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada), Rua
João Rufino, nº 73, 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 Antônio Agostinho de Souza.

Veículo : motocicleta
Ano : 2014/2015
Modelo : Yamaha LYBB 125 FACTOR K1
Placa : QFF 49 18/PB
Chassi : 9LGKC1950F0033526
Data do Acidente : 12/12/14

Local e Data: Patos/PB, 19/ Fevereiro/2015.

Cosmo Soares Pereira

Assinatura do Declarante

OBS: Reconhecer firma da assinatura do declarante

Reconheço a firma por autenticidade de **COSMO SOARES PEREIRA**.

Itaporanga-PB, 12 de fevereiro de 2015.
Em testemunha da verdade.
. Maria Rodrigues Custodio

Selo Digital - ABM048 PAOF
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Agostinho de Souza

RG nº 1.603.018-29 data de expedição 1/1/ Órgão SSP/PB.

CPF nº 953.401.144-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua mãe Burrega</u>
Número	<u>206</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Itaporanga</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.780-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 87341386/87616835/99471520/96978811</u>
E-mail	<u>sentae.assessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos/PB, 19/02/2015

Assinatura do Declarante: Edilson Rodrigues dos Santos



BELMIRO AGOSTINHO DE SOUSA
RUA MAE BURRO, 101 - CENTRO
ITAPORANGA/PB CEP 58760000 (AG 154)

Classificada: RESIDENCIAL / BANHA REHACONOFASICO
Razão: 1-154-10-7280 Referência: Nov/2014
Nº medidor: 00008214224 Emissão: 04/11/2014
ENERGISA/PB - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B-230, Km 25 - Crato Resende - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ: 02.0001-40 - Ins. Est: 16.016.823-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000 007 349
Código para Débito Automático: 00000276987

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

7660 2655 3538 7040 9a6d 0000 0002

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/27058-7**

Nov / 2014

Canal de contato

- NÃO PERCA O DESCONTO DA TARIFA BAIXA RENDA,
LEIA ATENTAMENTE A CAPA E ENTREGUE JUNTO COM
ESTA FATURA

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei

nº 10.645 de 26 de abril de 2002

04/11/2014

- O inicio do sistema de bandeiras tarifárias foi adiado para o
ano de 2015. A bandeira vermelha não implicará cobrança adicional.
As bandeiras amarela e vermelha, quando ocorridas, implicarão
tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Na metade
de NOVEMBRO vigorará a BANDEIRA VERMELHA, e qual implicará
R\$ 0,000 0,00 de acréscimo ao valor da tarifa, juntado de
tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Data prevista da
próxima leitura

03/12/2014

CPF/ CNPJ/ RABE

4036604981

Cálculo de consumo

	Anterior	Data	Leitura	Atual	Leitura	Constante	Consumo	Dias
Faturas em atraso	09/10/14	5351	04/11/14	5465	1		114	32

FATURAS VENCIDAS ATÉ
03/10/2014 PAGAS
GERGADO!

Demonstrativo

Quantidade

Preço

Valor (R\$)

Consumo 00 a 30 kWh-BR	36	0,12078	3,20
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	78	0,21728	15,20
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	14	0,32689	4,56

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,80
COFINS	2,96
CONTRIBUÇÃO EUM PÚBLICA	7,08
ICMS (Base de Cálculo R\$ 62,00) Alíquota 27,00%	16,76

Histórico de Consumo
(kWh)

Out/14	112
Sep/14	101
Agosto/14	95
Jul/14	81
Jun/14	98
Maio/14	100
Abr/14	110
Mär/14	108
Fev/14	129
Jan/14	104
Dez/13	113
Nov/13	52

VENCIMENTO

11/11/2014

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,80

Média dos últimos meses

89 kWh

2014 - Despesa

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DI/MENSAL	0,00	ANOMAL
DI/TRIMESTRAL	18,91	220
DI/ANUAL	33,87	
FIC/MENSAL	3,00	CONTRATADA
FIC/TRIMESTRAL	7,65	LIMITE INFERIOR
FIC/ANUAL	15,70	LIMITE SUPERIOR
PNR	4,65	231
DIC9	12,22	

Descrição	Valor (R\$)	%
serviço de Out. de Energia/PB	0,80	18,80
Imposto de Importação	12,08	29,74
serviço de Transmissão	0,81	1,58
Encargos Sociais	1,08	2,15
Imposto Declarativo e Contribuição	27,24	53,62
Outros Gerais	0,00	0,00
Total	50,80	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição

(Ref. 07/2014) R\$ 0,00

* Sua unidade foi faturada como Bala Penda, tenha um desconto de R\$ 18,37

ATENÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:50:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211504594500000030670206>

Número do documento: 20070211504594500000030670206

Num. 31996648 - Pág. 15

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos, portador(a) do RG nº 5.652.161, expedido por SSP/PE, em 30/10/96, CPF/CNPJ nº 039.247.064-09, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antônio Agostinho de Sousa do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Antônio Agostinho de Sousa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Agricultor Renda Mensal: R\$ 300,00

Documentos comprobatórios: RG e CPF

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



CARTÓRIO JOSE BARROS SOBRINHO
SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL
1º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR ALBERTO BARROS DA SILVA
AV GETULIO VARGAS 38 - ITAPORANGA - PB
CNPJ 09 288 150 0001-17 - FONE (83) 451 2497

Selo Digital - AAX56748-Z9DG
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



LIVRO:83 FOLHAS: 097 TRASLADO 1

Procuração bastante que em minhas notas faz (em) ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA, como abaixo se declara(m).

S A I B A M quantos este Público Instrumento de Procuração bastante virem que aos cinco (05) dias do mês de **fevereiro** do ano de **dois mil e quinze (2015)** nesta cidade de Itaporanga, Estado da Paraíba, no meu cartório perante mim **Tabelião**, compareceu (m) como outorgante o (a) Sr. (a) , **ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. 1.603.018 2ª VIA SSP/PB, CPF nº. 953.401.144-49, residente e domiciliada no sítio Genipapo,deste município de Itaporanga PB.** Pessoa reconhecido (a) por mim **Tabelião**, do que dou fé, e por este instrumento e na melhor forma de direito nomeio e constituo seu bastante procurador(a) **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS, brasileiro, casado, portador do CPF nº 039.247.064-09. RG nº. 5652161 SSP/PB, residente na rua Manoel Pereira Caiana s/n, Itaporanga PB** a quem concedeu amplos e gerais poderes para em nome do outorgante, acima qualificado assinar documentação necessária, requerer e receber o seguro DPVAT por acidente a que tem direito, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora, em razão do acidente, bem como assinar, quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais, federais, ou órgãos privados além de transigir, depositar, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante, junto à rede Bancária, conferindo-lhe ainda, os poderes especiais para o preenchimento e assinatura do formulário, de autorização de pagamento/ crédito de indenização de sinistro DPVAT, promover, apresentar, juntar e retirar documentos, concordar, discordar, transigir, representá-lo perante quaisquer estabelecimento bancário que se tornem necessário, abrir e movimentar conta, receber respectivo seguro, além do fim especial de representar o outorgante, perante qualquer seguradora que tenha convênio com o DPVAT, para recebimento do seguro obrigatório, receber ordens de pagamento ou cheques, referente ao benefício, assinar autorização de crédito, saques, recibos, ordens, autorizar cobrança, receber, passar recibos e dar quitação, solicitar saldo e extratos, dar e receber quitação, praticar em fim todo e qualquer ato necessário, mesmo que aqui não expressamente nomeados, o que dará por



bom, firme e valioso, inclusive substabelecer. Assim o disse do que dou fé, e me pediu que lavrasse este instrumento, que lido e aceito vai devidamente assinado por mim Tabelião que esta escrevi e assino. Emolumento deste de acordo com a lei 5672 de 117.11.92. Itaporanga, 05 de fevereiro de 2015. Em testº MRODRIGUES que uso. Eu Maria Rodrigues Custódio - Tabeliã.(a) José de Araújo Lima, a rogo do outorgante. Está conforme o original>dou fé. Emolumentos: R\$ 35,26 FEPJ R\$ 1,58 FARPEN R\$ 3,72

Itaporanga, 05 de janeiro de 2015

Em Testº *Maria Rodrigues*.....da verdade

Maria Rodrigues Custódio

Maria Rodrigues Custódio

Tabeliã substituta

José de Araújo Lima



CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

1º OFÍCIO DE NOTAS

Titular: *Alberto Barros da Silva*

CNPJ 00.288.150/0001-17

Av. Getúlio Vargas, 38 - Itaporanga-PR

CEP 83030-000 - Fone: (41) 3311-7107





1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:50:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211504594500000030670206>

Número do documento: 20070211504594500000030670206

Num. 31996648 - Pág. 19

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Antônio Agostinho de Sousa, portador da carteira de identidade nº 1.603.018-2 inscrito no CPF/MF sob o nº 953.401.144-49, residente e domiciliado na Rua Mão Burega - 206, Cidade Itaperanga, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Edilson Rodrigues Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pato Branco, 19 de fevereiro de 2015.

Local e data



SUSE		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARI		Comprovação de ato de decretaria	
CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204		CGC/CPF: 08.778.268.0018/09		CARÁTER DO ATENDIMENTO	
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA				<input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	
END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183				R/10	
MUNICÍPIO: ITAPORANGA		ESTADO: PARAÍBA		UF: 25	
Nome: ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA Raça/Cor: PRETA Dr. Nasc: 04/01/1971 Idade: 43 anos(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M					
Profissão: AGRICULTOR(A) Documento: 0005* Endereço: RUA MAE BORREGO N°: 206 Bairro: Município/CEP/IBGE: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700 Telefone de Contato: (83) 3451-3371 CNS: 209954260520006 NÚM. CADASTRO: 109992 Data e Hora: 12/12/2014 08:22:40					
SSVV PESO: ALTURA: TEMP.:					
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <i>paciente com suspeita de lesão no pescoço e ferimento no braço direito</i> <i>coração pulso normal</i> <i>paciente de risco</i>					
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)					
RESULTADOS					
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS					
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU PLEGAR DIREITO					
ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO CARIMBO					
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO CARIMBO					
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO: 1 - <input type="text"/> 2 - <input type="text"/> 3 - <input type="text"/>					
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S) <i>Manoel Lopes de Souza</i> <i>Clínico Geral</i> <i>CRM-2012</i>					
CNS		CBO		CRM	

HDI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 154 / 2015

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

DATA DO FATO: 12 / Dezembr / 2014

HORAS: 8hs

Sob a responsabilidade do Del. Pol: Cristiane dos Santos Santana

Notificante / vítima:

ANTONIO AGOSTINHO DE SOUSA, natural de Itaperanga-PB, Solteiro, Agricultor, nascido no dia 04.01.71, filho de José Agostinho de Sousa e Marinalva Coelho de Sousa, RG 1.603.018/PB e CPF 953.401 144-49, residente na Rua Mãe Burrego nº.206 centro de Itaperanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que no dia 12/12/2014, por volta das 8hs da manhã, ia saindo do Pôste de Gasolina 'JAMACI', centro de Itaperanga/PB, pilotando a motocicleta YAMAHA/YBR125 FACTOR KI, COR PRETA ANO DE FAB.2014/2015, PLACA QFF4918/PB e CHASSI Nº.9C6KE1950F0033526, licenciada em nome de COSMO SOARES PEREIRA e ao tentar desviar de outra moto perdeu o controle e caiu ao solo, sendo socorrido por amigos para o Hospital Distrital de Itaperanga-PB.



Itaporanga, 19 / Fevereiro / 2015

 Csteniunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 60.265-5





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Antônio Agostinho de SouzaPORTADOR(A) DO RG Nº 3.603.018 EXPEDIDO POR SSP/PB EM / / ECPF 953901144-93 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO: agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Agostinho de Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta de CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização do DPVAT,
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é a responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAU e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5778-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0003928-3

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

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

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

Patos /PB 19 de Fevereiro de 2015 Edilson Ronilson dos Santos

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



