



Número: **0802952-32.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

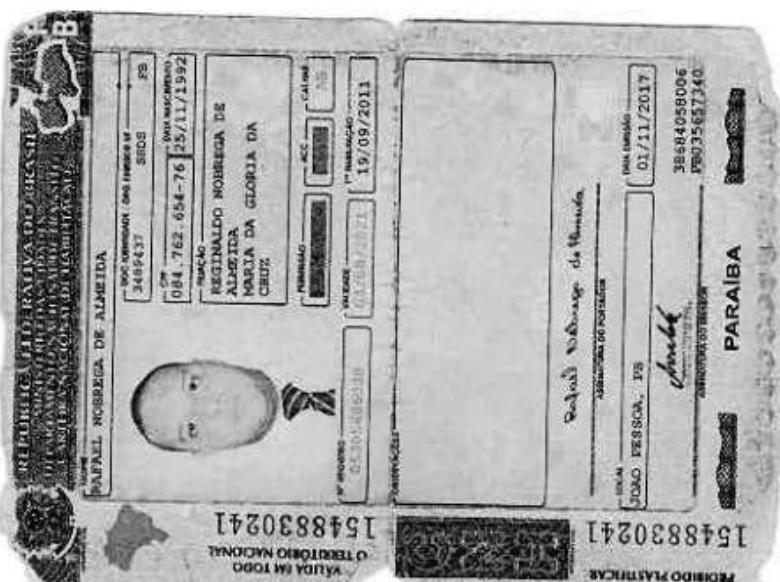
Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32598 124	23/07/2020 15:19	<u>2737535_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

L A C R E	DETAN FB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	Nº 013813323343 PRT- 20180000028496-3 1 0095612031-8 00/00000000 2018
0 0 3 7 3 8 7 0 5	MARIA DA CONCEICAO SOARES SANTOS	
	01155535413	MNU1622/PB
	NOVO PB	9C6KE092080189872
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		GASOLINA
YAMAHA/YBR 125K		2008 2008
2 P/124 /CI		PARTIC PRETA
IPVA PAGO EM 00/00/0000		TP
V	FAIXA IPVA	PARCELAS IPVA/OUTRAS
A	*****	0
***** SEGURADO PAGO 24/01/2018		
SEM RESERVA DE DOMINIO		
JOAO VIEIRAS RIBEIRO		
41823 31/01/2018 16241		

PB N° 013813525545		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1304</p>			
		PERÍODO	DATA DA EMISSÃO
		2018	31/01/
1	01155535413	MUNICÍPIO	MUNICIPIO
00956120318 YAMAHA/YBR 125K		PLACA / MARCA	
ANO FABR.	MES	Nº CADASTRO	
2008	9	9C6KE092080189872	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
*****	DPVAT R\$ 100,00	VALOR DA COBERTURA	*****
*****	DE R\$ 100,00	VALOR DA COBERTURA	*****
SEGURADO		PAGO	
<input type="checkbox"/> DATA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELO	
		DATA DE OUTAÇÃO	
		24/01/2018	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.000/0001-04			
16241-0901463-20180131			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231519276260000031222726>
Número do documento: 2007231519276260000031222726

Núm. 32598124 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315192762600000031222726>
Número do documento: 20072315192762600000031222726

Num. 32598124 - Pág. 2

 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA
DATA DE NASCIMENTO	25/11/92
NOME DA MÃE	MARIA DA GLÓRIA DA CRUZ
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.160.457
DATA DO ATENDIMENTO	04/05/19
HORA DO ATENDIMENTO	20:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO
CID 10	S92.5
AVALIAÇÃO INICIAL:	
Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, Glasgow 15, pupilas isocôricas e fotorreagentes. Movimentos dos quatro membros. Abdomen sem queixas. Apresenta exposição óssea do pé direito. Fratura da falange distal do 2º dedo do pé direito. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira, conforme pontuação.	
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:	
TC de crânio	
RX de torax	
Ultrassonografia FAST	
RX de pé direito	
RX de tornozelo direito	
RESULTADOS DOS EXAMES:	
Fratura da falange distal do 2º dedo do pé direito.	
TRATAMENTO:	
Imobilização. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira.	
ALTA HOSPITALAR:	04/05/19
DATA DA EMISSÃO:	08/07/19
 Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB	

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





CERTIDÃO

Nº. 1216/2019

Atendendo solicitação de **RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tancreto Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº226722 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 05/05/2019 às 00h58min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de 2º pododáctilo direito.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de julho de 2019

Rosangela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 226722 Atd: Nao Re-

Data: 05/05/2019

Hora: 00:58:04

Repcionista: GIULIANA DE MENE



Clinica:

Ortopedia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido:

Nome: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Num. Frontuario: 2018.03.004065

CNS: 858004273105081 Sexo: M IDENTIDADE: 3489437 Fone: 996109549

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/11/1992 Id: 26 an(s)

End.: RUA CARMEN MOREIRA COUTINHO - RES. PARAISO - ATPO. 401 B - PX. EXTRATO, 31

Bairro: JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DA GLORIA DA CRUZ Pai: REGINALDO NOBREGA DE ALMEIDA

Raca: PARDÃ Ethnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupacao: BOMBEIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA/ LUCIANE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +MOTO

Vitima de violencia por: HJ AS 20:30, EM CRUZ DAS ARMAS

[] Caso Policial

FATURADO

PAC-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA:t

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Displasia

Glicemias:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Sico. And:

O2%:

[] Regular [] Chocado

Quexxa Principal:

Observacao:

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA PE DIREITO

030106006 - 1 030300000-0

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente encaminhado de Hospital de Trauma c/ fratura exposta 2^a pess. Deferiu reabilitação domiciliar, viu o ferimento e pulpa. Se evadiu, no entanto, a receber hospitalização ortopedico.

[] Conduta

- Reabilitação c/ a NC em 01:20h.

Prescricao:

[] Horario da medicacao

02:10h de forma pt realizar procedimento ortopedico
pt que o paciente não aceitou referido exame e preferiu
se curar com antibiotico e colageno.

Dr. Lucio G. G. G.
Ortopedico de Fugueira
Co. Trauma

• Traumatologista SFO,9%, EU

Dr. Luciano Gomes de F
Ortopedia Traumato
CRM-PB 9328

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				

----- | Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI,
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO

Alcione Souza Galvao
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do





Receituário

Paciente: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Idade: 26

Data: 04/05/2019 23:03:24

Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1160457

ORTOPEDIA

DOR NO PE DIREITO, EDEMA E FERIMENTO COM EXPOSIÇÃO OSSEA APOS TRAUMA NO PE DIREITO

NEGA OUTROS TRAUMAS

NEGA OUTRAS QUEIXAS

ADM LIMITADO

NEUROVASCULAR PRESERVADO

EXF: FRATURA EXPOSTA PE DIREITO (2 DEDO DA FALANGE DISTAL)
FERIMENTO IMPORTANTE NO SEGUNDO PODODACTILO DO PE DIREITO

CDT: ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA CONFOME PACTUAÇÃO
CEFALOTINA 2G EV

STAFF DR TALLES

Dr. JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
185222/SP

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



000000094983

000000094983

D

D

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA ID: 000000094983
04.05.2019 IDADE: 26 SEXO: M
TECNICO: Hora: 21:35:49





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Engenheiro Manoel

Paciente Rafael Vitorino
de Oliveira aparecendo
úrtico furor (pac) e reum
ato de dor no (náuseas)
Avaliação ambulatório c/
a radiografia do
HITESHL.
Este paciente: Deve ser visto.

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 9328

05/05/19

Assinatura e Carimbo

dr. abr Regulado e fibra
an





INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

SUMÁRIO DE ALTA \ LAUDO MÉDICO

13/05/2019

RESUMO DA ALTA \ LAUDO MÉDICO

PACIENTE:	RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA	DATA ATD.:	08/05/2019
DIAGNÓSTICO INCIAL: LESAO ULCERADA EM MID			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
PRINCIPAIS EXAMES	CIRURGIAS REALIZADAS DATA: 09/05/2019 EQUIPE: MANOEL RICARDO OBSERVAÇÕES:		
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA	PROCEDIMENTO CIRURGICO: DEBRIDAMENTO CIRURGICO AMPUTAÇÃO DO 2º PD D		
INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA INFECÇÃO: COLETA DE MATERIAL:	RESULTADO BACTERIOLOGIA: ANATOMIA PATOLÓGICA:		
CONDIÇÕES DE ALTA MELHORADO			
ORIENTAÇÃO PÓS ALTA DIETA: VER SUGESTOES NO VERSO REPOUSO RELATIVO EM CASA POR: RETORNO AS ATIVIDADES SEM EFORÇO FÍSICO EM: RETORNO AS ATIVIDADES COM EFORÇO FÍSICO LEVE EM: RETORNO AO CONSULTÓRIO EM:	RETIRADA DE PONTOS: MEDICAÇÕES PARA CASA:		
Evolução Clínica	 Maria da Luz A. Gouveia Médica CRM 3780		
PRESTADOR: CRM:	MARIA DA LUZ A GOVÉIA CRM		

Av.: João Machado, 1234 - Centro
CEP: 58013-522
- PB

CNPJ: 09.124.165/0001-40
Tel.: (83) 2107-9500



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315192762600000031222726>
Número do documento: 20072315192762600000031222726

Num. 32598124 - Pág. 10



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que o(a)
RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA Portador(a) do RG: 3489437
Internou-se nesse hospital em: 08/05/2019 para tratamento da
doença CID: L97.

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativas por um período de: 90 dias, a partir desta
data.

Médico: MARIA DA LUZ A GOUVEIA

CRM: 3760

AUTORIZAÇÃO

Maria da Luz A. Gouveia

Médica

CRM 3760

Eu, RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA
autorizo o MARIA DA LUZ A GOUVEIA
a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. Paciente

João Pessoa, 13/05/2019

Av. João Machado, 1234 - Centro
Cep: 58013-522
João Pessoa - PBLabel

CNPJ: 09.124.165/0001-40
Tel: (83) 2107.9500



RECEITUÁRIO



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

Av. João Machado, 1234 - Centro

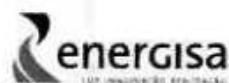
CNPJ: 09.124.165/0001-40

1 - Dados do Paciente	Atendimento:	672596	Data da Internação:	08/05/2019
Nome: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA	CEP:	58052490		
Endereço: RUA PROFESSORA CARMEN MOREIRA COUTINHO	Nº:			
Bairro: JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA	Cidade:			
RX				
USO ORAL:				
CIPROFLOXACINA 500..... TOMAR 01 CP DE 12/12 HS-07 DIAS				
LOSARTANA 50MG.....03 CXS TOMAR 01 CP DE 12/12 HS				
CLORETO DE MAGNESIO PA 500.....03 CXS TOMAR 01 CP NO JANTAR				
USO TOPICO: CLOREXIDINA SABONETE LIQUIDO..... LAVAR A REGIAO 1XDIA				
  João Pessoa, 13/05/2019				
Dr(a). MARIA DA LUZ A GOVEIA				



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/comprovante de energia elétrica - N°038.505.621



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230, KM 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CCP 58071-400
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 18.016.623-6

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA GLÓRIA DA CRUZ
RUA PROFESSA CARMEN MOREIRA COUTINHO 31 BL B AP 401
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1363551-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2020	06/02/2020	165	13/02/2020	R\$ 146,54

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/02/2020				
Pagador: MARIA DA GLÓRIA DA CRUZ CNPJ/CPF: 769.106.014-91				
RUA PROFESSA CARMEN MOREIRA COUTINHO 31 BL B AP 401 - JD CID UNIV - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008447559	001363551202002	13/02/2020	R\$ 146,54	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315192762600000031222726>
Número do documento: 20072315192762600000031222726

Num. 32598124 - Pág. 13



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

084 762 654-76

Rafael Nobreza de Almeida

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

5 - Nome completo: Rafael Nobreza de Almeida	6 - CPF: 084.762.654-70
7 - Profissão: Recluso	8 - Endereço: Rua Dr. Júlio, Comunhão
9 - Número: 31	10 - Complemento: B16 apt 401
11 - Bairro: Cid Universitário	12 - Cidade: João Pessoa/Marina/PB/13
13 - Estado: PB	14 - CEP: 58052-190
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 988551045

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 3125

CONTA: 1050082

(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 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 as custas da Seguradora Lider 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 future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valerar)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Local: São Luís - PB, 05 de Maio de 2020

* - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

TESTEMUNHAS





Ola, Rafael
Ag 3175 Cc 01050082-6

Saldo disponível



Pagar



Transferir



Recarga

Veja aqui nossos produtos e serviços para seu dia a dia. Clique e aproveite!



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315192762600000031222726>
Número do documento: 20072315192762600000031222726

Num. 32598124 - Pág. 15



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1160457

**Identificação do paciente**

ID 1296590	Nome RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA			Sexo Masculino
Data de nascimento 25/11/1992	Idade 26 anos 5 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA GLORIA DA CRUZ				Pai REGINALDO NOBREGA DE ALMEIDA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) LUCIANE SIQUEIRA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988068800	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3489437	Nº Cns 706806262268428		
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58085400	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SIQUEIRA CAMPOS
Número 45	Complemento		Bairro CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora 04/05/2019 20:43:15	Número da pulseira 1000007588081	Convênio: SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente: RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente: MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caseiro policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA	Tempo 01min 24seg

[Imprimir](#)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00957.01.2020.1.01.002

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00957.01.2020.1.01.002, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:18 horas do dia 27 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 2^a Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélia Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Luciano Alves da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1356712, ao final assinado, compareceu **Rafael Nobrega de Almeida**, CPF nº 084.762.654-76, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moto-boy, filho(a) de Maria da Glória da Cruz e Reginaldo Nobrega de Almeida, nascido(a) em 25/11/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Carmen Moreira Coutinho, Nº 31, complemento apto 401-B, bairro Jardim Cidade Universitária, tendo como ponto de referência Por Trás do Supermercado Extra, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98772-7377.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Siqueira Campos, Por Trás da Igreja São Jose, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/06/19 20:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o noticiante que trafegava na motocicleta de marca: YAMAHA/YBR 125K, COR: PRETA, ANO: 2008/2008, PLACA: MNU:1622/PB, na av. Siqueira Campos, quando chegou no cruzamento com a av. Palmares, de repente veio uma motocicleta cinquentinha, traxx , de cor: vermelha, sem placa, que colidiu na sua motocicleta, ocasionando danos materiais e causando lesões, que o noticiante ao cair desmaiou ficou no chão, onde chamaram o SAMU, e socorrido para o Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena, já estando consciente, onde teve uma fratura no segundo dedo do pé direito e varias escoriações.

ADENDO(S):

Que na data 03/03/2020, à(s) 14:48 horas, na 12^a Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **REGISTRE-SE QUE ONDE SE LÊ DATA/HORA:29/06/2019
20:40H, LEIA-SE 04/05/2019 20:20H. REGISTRE-SE AINDA QUE A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO SINISTRO É YAMAHA/YBR 125 NA COR PRETA DE PLACAS MNU-1622-PB, CHASSI DE N. 9C6KE092080189872, DE PROPRIEDADE DO SRA. MARIA DA CONCEIÇÃO SOARES SANTOS, CPF N. 011.555.354-13.. Adendo registrado por: Adenilson Oliveira da Silva, Agente de Investigação, matrícula: 1355856.**

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



Procedimento Policial: 00957.01.2020.1.01.002

1/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1º Delegacia Seccional de Polícia Civil
2º Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

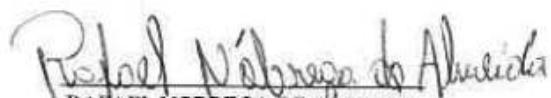


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 03 de março de 2020,


ADENILSON OLIVEIRA DA SILVA

Agente de Investigação


RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA 12ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL, SENDO PRESERVADO O CABECALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.

Procedimento Policial: 00957.01.2020.1.01.002

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315192762600000031222726>
Número do documento: 20072315192762600000031222726

Num. 32598124 - Pág. 18



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

084 762 654-76

Rafael Nobreza de Almeida

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

5 - Nome completo: Rafael Nobreza de Almeida	6 - CPF: 084.762.654-70
7 - Profissão: Recluso	8 - Endereço: Rua Dr. Júlio, Centro
9 - Número: 31	10 - Complemento: Bl 6 apt 401
11 - Bairro: Cid Universitário	12 - Cidade: João Pessoa/Marina/PB/13
13 - Estado: PB	14 - CEP: 58052-190
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 988551045

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 3125

CONTA: 1050082

(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 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 as custas da Seguradora Lider 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 future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (valerá)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Local: João Pessoa - PB, 05 de Maio de 2020

* - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





Ola, Rafael
Ag 3175 Cc 01050082-6

Saldo disponível



Pagar



Transferir



Recarga

Veja aqui nossos produtos e serviços para seu dia a dia. Clique e aproveite!



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315192762600000031222726>
Número do documento: 20072315192762600000031222726

Num. 32598124 - Pág. 20



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200118668 Vítima: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 04/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **033**

Agência: **000003175**

Conta: **000001050082-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Pag. 00539/00540 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200118668 Vítima: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 04/05/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15627727



01921/01922 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231519276260000031222726>
Número do documento: 2007231519276260000031222726

Núm. 32598124 - Pág. 22

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: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03175

CONTA: 000001050082-6

Nr. da Autenticação A45E2C59D19BD74E



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315192762600000031222726>
Número do documento: 20072315192762600000031222726

Num. 32598124 - Pág. 23

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094051/20

Vítima: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

CPF: 084.762.654-76

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA : 084.762.654-76

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: 16/03/2020
Nome: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA
CPF: 084.762.654-76

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118668 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA Data do acidente: 04/05/2019 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
			Total	0 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:19:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315192762600000031222726>
Número do documento: 20072315192762600000031222726

Num. 32598124 - Pág. 25

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____	CPF DA VÍTIMA _____	() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARÂNTESCO COM
DATA DO ACIDENTE _____	_____	() VÍTIMA
PONTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____	_____	() VÍTIMA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	() VÍTIMA	() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARÂNTESCO COM
A VÍTIMA É _____	_____	() VÍTIMA
ENDERECO DO PORTADOR	_____	_____
Nº _____ COMPLEMENTO _____	BAIRRO _____	_____
CIDADE _____	UF _____	_____
E-MAIL _____	CEP _____	_____
	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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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, TAIIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
 () 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

- * 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) = REIMBOLSO 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 O: LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUAR GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODO
DATA _____	DATA _____
IDENITDADE _____	IDENITDADE _____
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____

- 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)

- INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)