
Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190474675

Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190474675

Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190474675

Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000060997-5

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



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190474675

Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000060997-5

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190474675**

Nome do(a) Examinado(a): **ACLELSON DA CONCEICAO NUNES**

Endereço do(a) Examinado(a):

Avenida SANHAUA, 155 - Sesi - Bayeux - PB - CEP 58306-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3552108**

Data e local do acidente: [**24/02/2019**] **SANTA RITA -PB**

Data e local do exame: [**29/08/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da tíbia e do tornozelo esquerdos

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 25-02-2019 AO EXAME : ENCURTAMENTO DE MIE EM 5 CM, CONFORME ESCANOMETRIA DE MMII, USO DE MULETAS E COMPENSAÇÃO DE 5 CM DE SALTO EM SANDÁLIA . PERDA DE 50 % DE FLEXO EXTENSÃO DE MOVIMENTOS EM JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO . PRESENÇA DE VÁRIAS CICATRIZES EM TODA EXTENSÃO DA PERNA E

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZOU OSTEOSÍNTESE COM COM PLACA E PARAFUSO FEZ FISIOTERAPIA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0275537/19 3 - CPF da vítima: 116.945.154-01 4 - Nome completo da vítima: Adelmo da Conceição Nunes

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

5 - Nome completo: Adelmo da Conceição Nunes 6 - CPF: 116.945.154-01
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Santana 9 - Número: 155 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59305000
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): -

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: -
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3931 CONTA: 60997 AGÊNCIA: - CONTA: -
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: - Falecidos: - 30 - Vítima deixou nascituro (viv. recer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: - Falecidos: - 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -



40 - Local e Data: Bayeux PB 12-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adelmo da Conceição Nunes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): -

43 - Assinatura do Procurador (se houver): -

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 6924 0209
5067 VALIDO ATE
10/24

ACLELSON CONCEICAO NUNES

1911 013 00060997-5



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08973.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08973.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:35 horas do dia 08 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Aclelson da Conceição Nunes**, CPF nº 111.945.154-01, RG nº 3552108 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Motoboy, filho(a) de Maria da Penha da Conceição Nunes e Antonio Nunes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/07/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Sanhaia, Nº 155, complemento Casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Mercadinho São Geraldo, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98873-2507.

Dados do(s) Fatos:

Local: Leilões Pb, Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

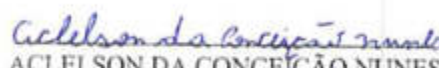
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o veículo motocicleta HONDA/BIS 125 EX ano/mod 2012/2013, Cor: vermelha, PLACA: NPU4611/PB, chassi: 9C2JC4830DR006851, licenciada em nome de Valderéz Benedito de Andrade- CPF: 603.057.974-68, na Rua que dá acesso ao bairro do Tibiti II, paralela a BR 230, próximo ao leilões PB, quando foi abalroado pelo veículo, Chevrolet/ONIX, de PLACAS: OGA4964/PB, chassi: 9BGKS48L0DG288069, licenciado em nome de Jorge da Cunha de L. Filho-C.P.F. 910.520.844-00, que após o acidente foi conduzido pelo SAMU até o Hospital de Trauma, de onde foi transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (Trauminha) onde foi submetido a procedimento cirúrgico em razão de fratura, de tibia e maleolo medial esquerdo. Conforme Certidão nº 0889/2019 emitida pela Medica Dra. Fabiana Fernandes de Araujo - CRM/PB 4516.

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 fê.

João Pessoa/PB, 08 de agosto de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


ACLELSON DA CONCEIÇÃO NUNES
Noticiante



Procedimento Policial: 08973.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0275537/19 3 - CPF da vítima: 112.945.154-01 4 - Nome completo da vítima: Acilandro da Conceição Nunes

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

5 - Nome completo: Acilandro da Conceição Nunes 6 - CPF: 112.945.154-01
7 - Profissão: motoboy 8 - Endereço: Rua Santana 9 - Número: 155 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59305000
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): -

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3931 CONTA: 60997 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: -
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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -



Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 12-08-2019

Acilandro da Conceição Nunes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 208496 Atd: Nao Regul
Data: 25/02/2019
Hora: 06:07:51
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS S
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ACLELSON DA CONCEICAO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.02.002901

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988178341

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1989 Id: 29 ano(s)

End.: NAO ENCONTRADO, O PACIENTE NAO SOUBE INFORMAR MAIORES DADOS

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: MARIA DA PENHA DA CONCEICAO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

End. de Atendimento: UNIDADE DE SAUDE TRAUMA

TC:

DATA: 05/03/2019

h: 14:53

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Paciente encaminhado do HETENL com
fratura FEMUR dos ossos do membro superior direito (E)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Ex: To do supracitado
Intervendo.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

MARIA DA PENHA CONCEICAO NUNES
RUA SANHAUA, 155 - CENTRO
BAYEUX / PB CEP: 58305000 (AG: 1)



Ligacao: MONOFÁSICO

Cls/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Roteiro: 2 - 8 - 71 - 7080

Medidor: 000000328421

Referencia: Jul / 2019
Emissao: 05/07/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº027.491.305

Cód. para Deb. Automático: 00002866960

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF / CNPJ / RANI

Jul / 2019

05/07/2019

06/08/2019

176.946.124-87

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/286696-0

energisa

Resumo

Valor (R\$)	%
30,37	19,65
45,59	29,49
4,73	3,06

mais por documento.
os por o manter a prestação de serviços sob o
no de um contrato de prestação de serviços
os de prestação de serviços de energia elétrica
o de prestação de serviços de energia elétrica
5 de prestação de serviços de energia elétrica

CERTIDÃO

Nº. 0889/2019

Atendendo solicitação de **ABRAÃO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 208496 e prontuário 2019.02.2901 pertencentes a **ACLELSON DA CONCEIÇÃO** que foi atendido dia 25/02/2019 às 06H07min, vítima de colisão de carro x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia e maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/03/2019 com alta médica dia 13/03/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de junho de 2019



Dra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516
Médica
CRM/PB 4516



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: 208496 Atd: Nao Regul
Data: 25/02/2019
Hora: 06:07:51
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS S
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ACLELSON DA CONCEICAO

Num. Prontuario: 2019.02.002901

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988178341

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1989 Id: 29 ano(s)

End.: NAO ENCONTRADO, OPACIENTE NAO SOUBE INFORMAR MAIORES DADOS

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: MARIA DA PENHA DA CONCEICAO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

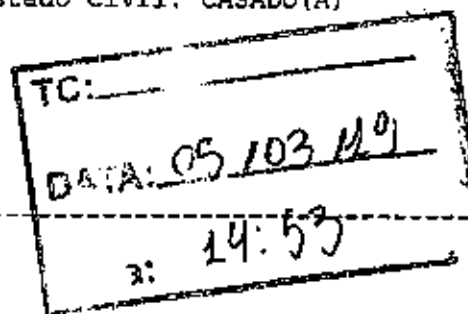
End. de Atendimento: UNIDADE DE SAUDE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:



[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Paciente encaminhado do HETRAL com
fratura FEMUR dos ossos do pulso e TUB (E)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AS: Todo supinador
Internado

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

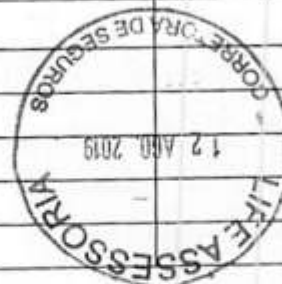
Assinatura da Enfermagem | Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE
[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel Assinatura e Carimbo do Medico

Nome: <i>Aclelson da Conceição</i>				Registro:	
Idade: <i>29 a</i>	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>13/03/2019</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Lessa</i>		
Anestesista: <i>Ribamar</i>			Instrumentador: <i>Tânia</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura Segmentar de Tíbia Esquerda</i>				<i>S82.2</i>	
<i>Fratura do Maléolo Medial Esquerda</i>				<i>S82.5</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura segmentar da tibia e maléolo medial

Visualização de lesão da sindesmose

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 Placa DCP estreita ø 4.5mm medial

Aposição de 01 Placa DCP estreita ø 4.5mm lateral

Aposição de 13 parafusos corticais ø 4.5mm

Aposição de 01 parafuso esponjoso ø 4.5mm

Aposição de 01 parafuso maleolar ø 3.5mm em maléolo medial

Aposição de 01 parafuso maleolar ø 3.5mm transsindesmoidal + 01 Arruela ø 3.5mm

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:

Data: 13/03/2019

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8128 SP 09603

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Aclelson da Conceição</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>29 anos</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>25/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>16/03/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>19 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Segmentar de Tíbia Esquerda</i>				CID <i>S82.2</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura Segmentar da Tíbia e maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna com placa e parafusos após. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i> REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "Inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 21 dias para revisão.					
13/03/2019 DATA			Dr. Klênio Farias da Nóbrega Res. Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 11094 ASS. MÉDICO / C.R.M.		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Aclenson da Conceição Nunes é portador do CID : S 82.2 + S 82.5 + Q 72 proveniente de fratura de tibia e maléolo esquerdo acompanhado de redução de membro inferior ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 75 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

21-08-2019

Dr. Anuar Murad Filho
Médico - CRM-PB 8.742
Av. Dr. João da Silva, Nº 401
João Pessoa - PB



Eco Medical Center Carlaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ACLELSON DA CONCEICAO NUNES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3552108 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
111.945.154-01 21/07/1989

FILIAÇÃO
ANTONIO NUNES DA SILVA
MARIA DA PENHA DA
CONCEICAO NUNES

PERMISSÃO ACC CATH.B.
A

Nº REGISTRO
05931040281

VALIDADE
04/09/2018

1ª HABILITAÇÃO
14/11/2013

OBSERVAÇÕES



Aclelson da Conceicao Nunes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
18/11/2014

Rodrigo Carvalho

85489846521
PB029595754

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN PB (PARA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1009027480

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009027480

INTERPRINT LTDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE 00038470209

DETRAN - PB Nº 014202577961
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.M. EXERCÍCIO
1 0050725872-0 00/00000000 2019

NOME
VALDEREZ BENEDITO DE ANDRADE

CPF / CNPJ PLACA
60305797468 NPU4611/PB

PLACA ANT. / UF CHASSI
NOVO PB 9C2JC4830DR006851

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 EX 2012 2013

CAP. / POT. / CL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

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

PADA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
***** 0 2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 11/01/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

LOCAL DATA
SANTA RITA-PB 16/01/2019

41939



Assinatura

42676

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 014202577961 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 DATA EMISSÃO
2019 16/01/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 60305797468 NPU4611/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00507258720 HONDA/BIZ 125 EX

ANO FAB. COT. ÚNICA Nº CHASSI
2012 9 9C2JC4830DR006851

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) DENATIAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TITULADO PELO SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA IV. PARCELADO 11/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.345.608/0001-04

42676-0842401-20190116



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE 00038470209

DETRAN - PB Nº 014202577961
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.M. EXERCÍCIO
1 0050725872-0 00/00000000 2019

NOME
VALDEREZ BENEDITO DE ANDRADE

CPF / CNPJ PLACA
60305797468 NPU4611/PB

PLACA ANT. / UF CHASSI
NOVO PB 9C2JC4830DR006851

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 EX 2012 2013

CAP. / POT. / CL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

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

PADA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
***** 0 2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 11/01/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA
SANTA RITA-PB 16/01/2019

41939



Assinatura

42676

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 014202577961 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 DATA EMISSÃO
2019 16/01/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 60305797468 NPU4611/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00507258720 HONDA/BIZ 125 EX

ANO FAB. COT. ÚNICA Nº CHASSI
2012 9 9C2JC4830DR006851

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) DENATIAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TITULADO PELO SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA IV. PARCELADO 11/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.345.608/0001-04

42676-0842401-20190116



Boa tarde!

Eu sou Acelson da Conceição Nunes, fui vítima de um acidente automobilístico, que me deixou sequelado para sempre. Solicitei o seguro DPVAT e recebi uma indenização com um valor muito abaixo da minha seqüela, consultando a tabela de indenização do seguro DPVAT.

Fui ao médico, ele me deu um laudo que estou enviando a você. Peço que se possível agendem uma perícia médica porque mal consigo andar, além de não conseguir fazer quase nada.

Por favor vejam a minha situação.

Obrigado,

Acelson da Conceição Nunes



23/08/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do pedido ou ADP: 0293839 / 119 3 - CPF do segurado: 119.915.154-01 4 - Nome completo do segurado: Wilson da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE MENOR MENSAIS DA PESSOA FÍSICA (TITULAR/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 45/2012

5 - Nome completo: Wilson da Silva
6 - CPF: 119.915.154-01
7 - Profissão: Motorista
8 - Endereço: Rua Santa Luzia
9 - Cidade: Bayeux
10 - Estado: PB
11 - Bairro: Centro
12 - CEP: 58305-000
13 - Telefone: 3333.0000

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

14 - Nome completo do representante legal: Wilson da Silva
15 - CPF do representante legal: 119.915.154-01

DADOS CADASTRAIS

16 - Declaração, para todos os fins de direito, ressalva no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA): ☐ RESIDUO DA INDENIZAÇÃO (VALOR DA INDENIZAÇÃO) ☐ RESIDUO DA INDENIZAÇÃO (VALOR DA INDENIZAÇÃO) ☐ RESIDUO DA INDENIZAÇÃO (VALOR DA INDENIZAÇÃO)

17 - Recurso informante: ☒ SIM ☐ NÃO

18 - Recurso informante: ☒ SIM ☐ NÃO

19 - Recurso informante: ☒ SIM ☐ NÃO

20 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

22 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

23 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

24 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

25 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

26 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

27 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

28 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

29 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

30 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

31 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

32 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

33 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

34 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

35 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

36 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

37 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275517/19

Número do Sinistro: 3190474675

Vítima: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

CPF: 111.945.154-01

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 24/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACLELSON DA
CONCEICAO NUNES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 23/08/2019
Nome: ACLELSON DA CONCEICAO NUNES
CPF: 111.945.154-01

ACLELSON DA CONCEICAO NUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA