



Número: **0839471-12.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIVALDO DA SILVA FELIX (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34589 403	22/09/2020 10:34	2751099_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195255

Vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX

Data do Acidente: 11/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIVALDO DA SILVA FELIX

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

Carta nº 15821353

Pag. 00261/00262 - carta_01 - INVALIDEZ

00020131





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, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195255

Vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX

Data do Acidente: 11/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIVALDO DA SILVA FELIX

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

Pag. 00925/00926 - carta_02 - INVALIDEZ

00030463



Carta nº 15828295



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>

Número do documento: 20092210343542100000033071695



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, 21 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195255

Vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX

Data do Acidente: 11/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIVALDO DA SILVA FELIX

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **MARIVALDO DA SILVA FELIX**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **00000109949-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00631/00632 - carta_15R - INVALIDEZ

00030316



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: 3200195255
Nome do(a) Examinado(a): MARIVALDO DA SILVA FELIX
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Motorista José Pontes da Silva, 197, Indústrias
JOAO PESSOA Paraíba - CEP: 58083-507
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP/PB / Paraíba] 3604266
Data local do acidente: [11/06/2017]
Data local do exame: [08/06/2020] JOAO PESSOA - Paraíba

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
Fratura da mão direita (quarto metacarpo).
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: Realizado tratamento conservador com imobilização gessada.
Complicações: Não houve complicações neste caso.
Data da Alta: 30/08/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
Ao exame físico apresenta deformidade na mão direita com discreta limitação de mobilidade e deficit de força motora.
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Apresenta deformidade, discreta limitação de mobilidade e deficit de força motora da mão direita.
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 o 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 (*)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | |
| <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
Mão - Direito
% do dano: (X) 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 | 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


João Bartolomeu Pinto Rabelo

CPF - 45681465420
CRM - Paraíba - 4518



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0292306/19 CPF da vítima: 110.605.084-33 Nome completo da vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX

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

Nome completo: MARIVALDO DA SILVA FELIX CPF: 110.605.084-33

Profissão: Autônomo Endereço: Rua Cidade de Monte Horebe Número: 193 Complemento:

Bairro: Cidade Verde Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: valde.dpvat@gmail.com Tel.(DDD): (83) 99855-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 1023 CONTA: 109949 8

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa 26-08-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

MARIVALDO DA SILVA FELIX

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: 26 AGO. 2019

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09570.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09570.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:10 horas do dia 21 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 Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu Marivaldo da Silva Felix, CPF nº 110.605.084-35, nacionalidade brasileira, filho(a) de Maria de Fatima Gomes da Silva e Marinaldo Felix da Silva, natural de Patos/PB, nascido (a) em 13/04/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cidade de Monte Horebe, Nº 193, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Supermercado Aquarius, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98789-6678.

Dados do(s) Fatos:

Local: Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/06/17 17:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR 125 BROS ES, COR LARANJA, DE PLACA OGB-2635/PB, CHASSI 9C2JD2320DR003236, DE PROPRIEDADE DO SENHOR JHONATA ALVES DA SILVA; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES DEVIDO AO CHOQUE COM OUTRA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELOS BOMBEIROS, AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 S62.3; QUE DEPOIS FOI ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, ONDE O REFERIDO HOSPITAL EMITIU CERTIDÃO DE NÚMERO 1051/2017, ASSINADA PELA MÉDICA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM 3137/PB; QUE NESTE HOSPITAL FOI EVIDENCIADO FRATURA DE 4º METACARPO DA MÃO DIREITA; QUE O NOTICIANTE FOI ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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: 09570.01.2019.1.00.401



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



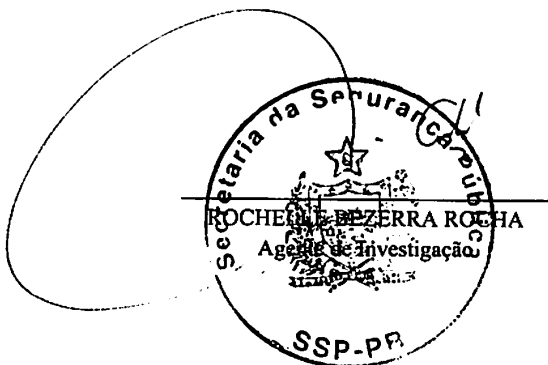
**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A Í B A



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

João Pessoa/PB, 21 de agosto de 2019.

MARIVALDO DA SILVA FELIX
MARIVALDO DA SILVA FELIX
Noticiante



Procedimento Policial: 09570.01.2019.1.00.401

2/2





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09570.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09570.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:10 horas do dia 21 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 Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Marivaldo da Silva Felix**, CPF nº 110.605.084-35, nacionalidade brasileira, filho(a) de Maria de Fatima Gomes da Silva e Marinaldo Felix da Silva, natural de Patos/PB, nascido (a) em 13/04/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cidade de Monte Horebe, Nº 193, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Supermercado Aquarius, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98789-6678.

Dados do(s) Fatos:

Local: Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/06/17 17:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR 125 BROS ES, COR LARANJA, DE PLACA OGB-2635/PB, CHASSI 9C2JD2320DR003236, DE PROPRIEDADE DO SENHOR JHONATA ALVES DA SILVA; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES DEVIDO AO CHOQUE COM OUTRA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELOS BOMBEIROS, AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 S62.3; QUE DEPOIS FOI ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, ONDE O REFERIDO HOSPITAL EMITIU CERTIDÃO DE NÚMERO 1051/2017, ASSINADA PELA MÉDICA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM 3137/PB; QUE NESTE HOSPITAL FOI EVIDENCIADO FRATURA DE 4º METACARPO DA MÃO DIREITA; QUE O NOTICIANTE FOI ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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: 09570.01.2019.1.00.401



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 21 de agosto de 2019.



MARIVALDO DA SILVA FELIX
MARIVALDO DA SILVA FELIX
Noticiante



Procedimento Policial: 09570.01.2019.1.00.401

2/2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0292306/19 CPF da vítima: 110.605.084-33 Nome completo da vítima: Marivaldo da Silva Felix

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

Nome completo: Marivaldo da Silva Felix CPF: 110.605.084-33

Profissão: Autônomo Endereço: Rua Cidade de Monte Horebe Número: 193 Complemento:

Bairro: Cidade Verde Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: valde.dpvat@gmail.com Tel.(DDD): (83) 99855-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 1023 CONTA: 109949 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa 26-08-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

MARIVALDO DA SILVA FELIX

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: 26 AGO. 2019

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 36483

Atd: Nao Regulad

GO HO SPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 11/06/2017

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 21:52:54

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: IVANA MARTINS DO NASCI

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARINALDO DA SILVA FELIX

Num. Prontuario: 2017.06.001511

CNS: 706400691095582 Sexo: M IDENTIDADE: 3604266 Fone: 986364702

Natural: PATOS/PB Data Nasc.: 13/04/1986 Id: 31 ano(s)

End.: RUA CIDADE DE MONTE HOREBE, 193

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA

Pai: MARINALDO FELIX DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERRALHEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MARINALDO DA SILVA FELIX

Te Doc. Responsavel: 986364702 / IDENTIDADE: 3604266

Local de atendimento: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO-MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Exame Principal

Encomenda pela Pacotagem



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com 12 de 4 MTC em
Módulo de 12

Diagnostico

12 MTC MOD

Conduta

Pull

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Suelio Moreira Torres
Cirurgião Geral
CRM 10.000.000.330.716.95



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	945,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIVALDO DA SILVA FELIX

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000109949-8

Nr. da Autenticação 3E86DE3F0CA256C4



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 028.551.557



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE ROBERTO PEREIRA DE LIMA
RUA CIDADE DE MONTE HOREBE 193 CIDADE VERDE
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1103028-5

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

24/07/2019

CONSUMO

164

VENCIMENTO

31/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 148,89

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 19/08/2019

Pagador: JOSE ROBERTO PEREIRA DE LIMA CNPJ/CPF: 928.090.734-49

RUA CIDADE DE MONTE HOREBE 193 CIDADE VERDE - DAS INDUSTRIAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120004283544	001103028201907	31/07/2019	R\$ 148,89	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA 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: 3064-3/7155-2				

(63)99855-5088



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>

Número do documento: 20092210343542100000033071695



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente MARIVALDO DA SILVA FELIX	BAE 1006661	Data/Hora Entrada 11/06/2017 17:10:43	Data Baixa
Data de nascimento 13/04/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS 898004670274165
Mãe MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986364702
Endereço CIDADE DE MONTE HOREBE, 193			Prontuário
Bairro INDÚSTRIAS		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	Nº Cons. Regional 5762/PB
Data/Hora Classificação 11/06/2017 17:10:43		Data/Hora Prescrição 11/06/2017 21:08:26	

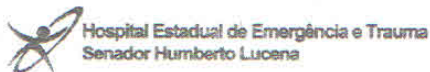
Anamnese

PACIENTE APÓS QUEDA DE MOTO APRESENTA FRATURA FECHADA DE 4 METACARPO DIREITO COM DESVIO; CD: CONFORME PACTUAÇÃO, ENGAMINHO PACIENTE PARA ORTOTRAUMA PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ
(5762/PB)

MARIVALDO DA SILVA FELIX





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIVALDO DA SILVA FELIX	BAE 1006661	Data/Hora Entrada 11/06/2017 17:10:43	Data Baixa
Data de nascimento 13/04/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS 898004670274165
Mãe MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986364702
Endereço CIDADE DE MONTE HOREBE, 193	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA	UF PB
Data/Hora Classificação 11/06/2017 17:10:43		Data/Hora Prescrição 11/06/2017 17:38:35	Nº Cons. Regional 8795/PB

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO EM VIA PÚBLICA A 40KM/HORA SEM CAPACETE, DEU ENTRADA TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. ENCONTRADO AO SOLO, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS. MANTEVE-SE ESTÁVEL SEGUNDO SOCORRISTA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR. QUEIXA-SE DE DOR EM Pelve À DIREITA E EM MÃO DIREITA, ONDE HÁ SUSPEITA DE FRATURA DE QUIRODÁCTILO. A - VIA AÉREA PERVIA SEM COLAR OU PRANCHA B MV + SIM BILAT SRA FC 16IRPM C - BCRNF SS PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS. FC 75 MBP D - ECG = 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES E - ABRASÕES EM FACE, MÃOS, JOELHO ESQUERDO, PERNA DIREITA. CONDUTA: 1 - RX DE TORAX AP 2 - RX DE MÃO D AP + OBLÍQUA 3 - SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA 4 - LIMPEZA DOS FERIMENTOS

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
V22.2	Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - motociclista não especificado traumatizado em acidente não-de-trânsito

Conduta



Em observação

Dr. Rafael Mourato
Médico Cirurgião
CRM-PE 120.721
CRM-PB 16728


RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM


Nome MARIVALDO DA SILVA FELIX		Prontuário
Data de 13/04/1986	Nº Boletim Emergência 1006661	
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE BACIA RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		

Dr. Rafael Mourato
CRM-PB 8195
Médico Cirurgião
20.12.1



EC. RAD. Luis Carlos



RAIOS-X
RX
14/06/17

11 de Junho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

*O profissional deverá assinar e carimbar sua imagem e laboratório nos exames clínicos

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 36483

Atd: Nao Regulad

GO HO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 11/06/2017

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 21:52:54

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Recepcionista: IVANA MARTINS DO NASCI

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARINALDO DA SILVA FELIX

Num. Prontuario: 2017.06.001511

CNS: 706400691095582 Sexo: M IDENTIDADE: 3604266 Fone: 986364702

Natural: PATOS/PB Data Nasc.: 13/04/1986 Id: 31 ano(s)

End.: RUA CIDADE DE MONTE HOREBE, 193

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA

Pai: MARINALDO FELIX DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERRALHEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MARINALDO DA SILVA FELIX

Te Doc. Responsavel: 986364702 / IDENTIDADE: 3604266

Localidade: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO-MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Exame Principal

Encomenda pela Paciência

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao





Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberaçao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DÊSTINO DO PACIENTE

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

[Handwritten Signature]

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



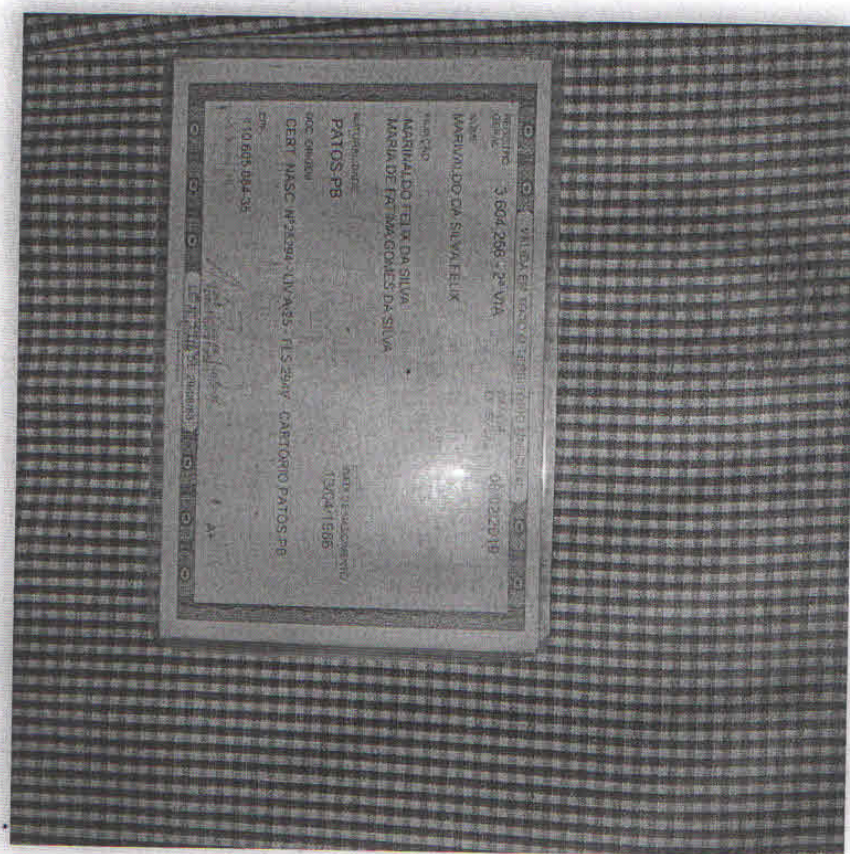


FOTO-2019-08-23-09-10-51.jpg



23/08/2019

(sem assunto) - nobre.dpvat@gmail.com - Gmail



<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm#inbox/FMtgxwDqnmHQqprTnsMPicXWMNsgkDv?projector=1&messagePartId=0.9>



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200195255 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX **Data do acidente:** 11/06/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da mão direita (quarto metacarpo).

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta deformidade na mão direita com discreta limitação de mobilidade e deficit de força motora.

Resultados terapêuticos: Houve consolidação da fratura do metacarpo, porém resultou em deformidade ao nível do quarto metacarpo, discreta limitação da mobilidade do quarto raio da mão direita com perda de força motora.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/06/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292806/19

Vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX

CPF: 110.605.084-35

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2017

Titular do CPF: MARIVALDO DA SILVA
FELIX

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIVALDO DA SILVA FELIX : 110.605.084-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: MARIVALDO DA SILVA FELIX
CPF: 110.605.084-35

MARIVALDO DA SILVA FELIX

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110999/20

Vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX

CPF: 110.605.084-35

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 11/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIVALDO DA SILVA
FELIX

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIVALDO DA SILVA FELIX : 110.605.084-35

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: 08/04/2020
Nome: MARIVALDO DA SILVA FELIX
CPF: 110.605.084-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

MARIVALDO DA SILVA FELIX

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

