



20/10/2020

Número: **0801217-05.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35678331	20/10/2020 11:57	2758725_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190680472

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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,

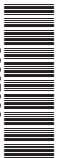
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15227649

Pag. 01809/01810 - carta_01 - INVALIDEZ

00020905





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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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,

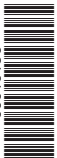
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15782230

Pag. 00371/00372 - carta_01 - INVALIDEZ

00010186





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, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000582-7

Conta: 000000149446-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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.



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 07398667497 4 - Nome completo da vítima: Rafael Correa dos Santos Lima

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 Correa dos Santos Lima 6 - CPF: 07398667497
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Bonifácio
11 - Bairro: 12 - Cidade: JTAPOBANGA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58280000
15 - E-mail: Rafael15372101389@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 8396377428

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 ☐ 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 05827 CONTA: 0749465
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (nº CM) ☐ 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(a)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

Rafael Correa dos Santos Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

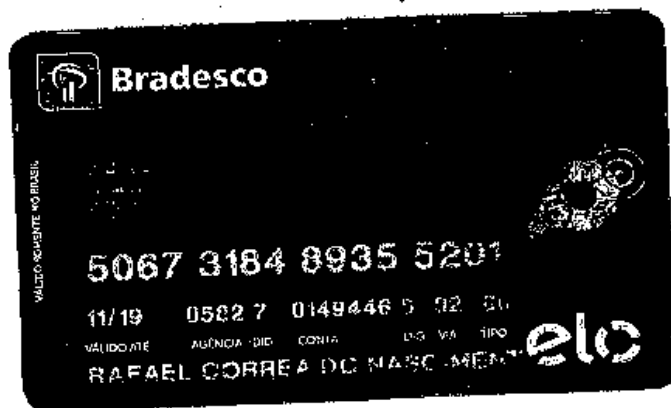
FP5.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:57:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011571263900000034078237

Número do documento: 20102011571263900000034078237



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1705/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 21/09/2019 hora: 00:30 HORAS
Local do fato: Itaporanga-PB

Boletim de ocorrência



NOTIFICANTE

NOME: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO, alcunha "****", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: São Paulo-SP, idade: xx anos, nascido em 18/10/1989, cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Escolaridade: médio incompleto, documento: RG 7171149 SSP/PE, filiação: Não Declarado e de Rosemeire Correa do Nascimento, endereço: Sítio Burracha Zona Rural Itaporanga-PB, referência: xx - Telefone: (xx)xx.

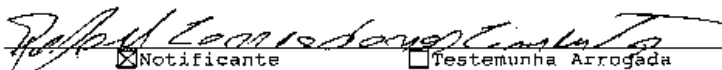
VÍTIMA

NOME: xx, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: ***, Estado Civil: ***, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: ***** xx, referência: xx.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que vinha para cidade de Itaporanga-PB já próximo a cidade o notificante bateu no meio fio e capotou com sua motocicleta e fraturou o Femu e o ante braços que foi socorrido pelo SAMU de Itaporanga-PB levando para o Hospital Distrital Dr. Jose Gomes da Silva e depois foi levado para Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro em Patos-PB, a motocicleta que estava pilotando era uma HONDA/XRE 190, Alcool/Gasolina, ano 2016/2016, cor Vermelha, placa LSW-8365/RJ, chassi nº 9C2MD4100GR010260 de propriedade do notificante. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 20 de Novembro de 2019.


☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro: Sergio Luiz de Sousa
Mat: 1373877





Comp. Reg. de Acidentes Declarados

SAMU
192PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDESERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU - 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR 05806

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

HORA: 00:10

Data: 21.09.19	ID: 689	Paciente: Renan Corina do Nascimento	Idade: 29 anos	Sexo: ☐ FEM ☒ MASC
Local da Ocorrência: PB-382 Japiranga - S.J. Caiana	Bairro:	Médico Regulador:		
Apoio no Local: ☒ PM Resgate/Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STRANS ☐ Trote ☐ Nenhum ☐ Outro				

OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiros ☐ Local não encontrado ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico	Sinais e Sintomas:
☐ Agressão	☐ Psiquiátrico	Alergia: <u>Neg</u>
☐ Clínico	☐ Quase Afogamento/Afogamento	Medicação: <u>-</u>
☐ Desabamento	☐ Queimaduras	Passado Médico:
☐ Eletrocussão	☐ Queda - Metros	Líquidos e Alimentos Ingeridos:
☐ F.A.B.	☐ Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
☐ F.A.F.	☐ Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

☐ Pálido	☐ Cianótico	☐ Ictérico	☐ Sudoreico	☐ Pele Fria	☐ Úmida	☐ Escala	☐ Anisocórica	☐ Miótica	☐ Dor
☐ Midríase	☐ Dispneico	☐ Taquipnéia	☐ Hematêmese	☐ Hemoptise	☐ TCE	☐ TRM	☐ Fratura	☐ Contusão	☐ PCR

Tipo de Ferimento e Local: Possível fratura em úmero D e femur E

Queixas Principais do PACIENTE:

Dor nos membros afetados.

Transferência/Destino:

Local: Responsável: Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho Função: Ortopedia e Traumatologia

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ < 30 irpm ☒ > 30 irpm ☐ Perfunção Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal
P.A.: 130x90 mmHg FC: 85 bpm FR: 91 irpm SpO₂: 97 % T: 36,5 °C Glicemia Capilar: 124 mg/dl Coma: 0

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa ☐ Intracraniana ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Dislexia ☐ Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão respiratório Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

Intervenções:

AVP + SSVU + terapia medicamentosa + imobilizações conforme protocolo.

Avaliação de Enfermagem:

Consuante orientada vítima do acidente de moto expôs-se sem capacidade, estado na UG, Glasgow 15, pupila normal, reflexos patológicos. Apresenta fratura em úmero (D) e possível fratura de fêmur (E) e possível luxação de quadril (D) e apresenta perfuração com fratura de costela, fratura de tórax, imobilizações, conduta do MT e encaminhado ao HAI e posteriormente ao

Identificação da Equipe:

Médico: Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho CRM: 349233
Enfermeiro (a): Lucas COREN: 349233
Téc. De Enfermagem: Lucas COREN: 349233
Condutor: Lucas
Encaminhamento:

HRP-12105

após atendimento ☐ Recusou atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:57:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011571263900000034078237

Número do documento: 20102011571263900000034078237

Num. 35678331 - Pág. 7

Récula:

Nome:

Assinatura:

RG/CPF:

Terapêutica/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):

SRL 500 ml + Tenoxicam 1amp + ABD (EV)

Evolução Clínica:

Diagnóstico Médico:

Procedimentos Realizados: ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Intubação Naso/Orotraqueal ☐ Cânula Orofaríngea ☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica (Manual) ☐ Respirador ☐ Inalação de Oxigênio O₂ ☐ Drenagem Torácica ☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão ☐ Controle de Hemorragia ☐ Curativo ☐ Punção Venosa ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Vesical
Sedação ☐ Imobilização ☐ Colar Cervical ☐ Outros
ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

1 SRL;
1 equipo;
1 Jaleco 20;
1 Tenoxicam;
1 ABD;
8 faixas

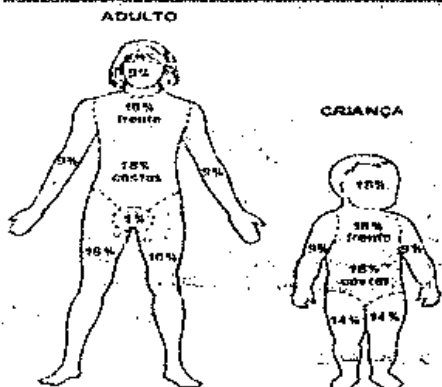
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Exatidão 2 vez A 3x Nenhuma	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Nenhuma	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma
4 3 2 1	5 4 3 2 1	6 5 4 3 2 1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	SITUAÇÃO
15	3	8

Exame Gineco-Obstétrico:

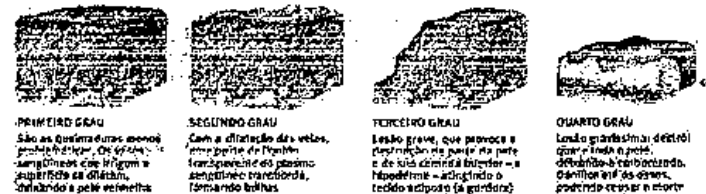
☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Normal

EXTENSÃO DE QUEIMADURAS
CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL



QUANTO MAIS PROFUNDO O FERIMENTO, MAIOR O GRAU

Queimaduras de primeiro grau são aquelas que atingem apenas a epiderme. As de segundo grau vão até a derme e as de terceiro grau atingem a derme e o tecido subcutâneo.

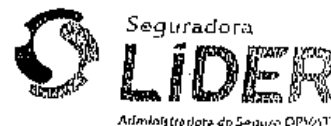


$$N^{\circ} \text{ gotas/min} = \frac{Vt \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}} \times 3$$

$$N^{\circ} \text{ microgotas/min} = \frac{V \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}}$$



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 15º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00582-7

CONTA: 000000149446-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1006202005000000000023700582000000149446472500 PAGO



DELIO DOMES DA SILVA
SIT BOMFACIA, 508 - AREA RURAL
ITAPORANGA (PE CEP: 55780000) (40.154)

Energisa

Linha MONOFÁSICA

ENREDE RURAL RURAL RESIDENCIAL
Roteiro 17 - 154 - 157 - 2050
Modelo D 2001218994

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 222, Km 25 - Centro Industrial - 81600-000 - POB. CEP: 80711-400
CNPJ: 09.056.153/0001-40 - Insc. Est. IE 015.823-0

Nota Fiscal/Contrato de Entrega de Energia ENH0004 077.372
Cód. rem. 04b. Autenticação: 99C1337719

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0195
Acesse: www.energisa.com.br

Conta referencial	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/GNP/RAI
Nov/2019	22/11/2019	23/12/2019	135.823.484.55

UC (Unidade Consumidora): 51287021-8

Canal de contato
Sua conta é gravada e pode variar. Fique atento ao conteúdo da sua fatura e se precisa

Anterior	Atual	Consumo	Consumo	Classe
23/10/19	22/11/19	2749	21	30

Demonstrativo									
Descrição		Consumo Total	Valor Bruto	Valor Líquido	Valor de Pagamento	Valor de Pagamento	Valor de Pagamento	Valor de Pagamento	Valor de Pagamento
			(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0001	Consumo de Energia	71,000	5,600.00	41,88	41,88	25	10,48	41,88	41,88
0001	Ativ. B. Análise			0,35	0,35	25	0,10	0,35	0,00
0001	Ativ. E. Verificação			2,10	2,10	25	0,77	2,10	0,00
0010	Suporte			12,21	12,21	25	3,30	12,21	0,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JUNTOS DE MORA 02/2019			1,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUNTOS DE MORA 03/2019			1,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUNTOS DE MORA 04/2019			0,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUNTOS DE MORA 05/2019			0,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 02/2019			0,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2019			0,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 04/2019			0,39	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2019			0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019			0,46	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019			0,39	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2020			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2021			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2022			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2023			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2024			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2025			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2026			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2027			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2028			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2029			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2029			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Robel Conceição dos Santos

RG nº 7771749, data de expedição 28/06/15, Órgão SPSPE,

CPF nº 077986674-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO BORROCHA</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58780000</u>
Telefone de Contato	<u>83996373438</u>
E-mail	<u>RobelRobel75718707989@gmail.com</u>

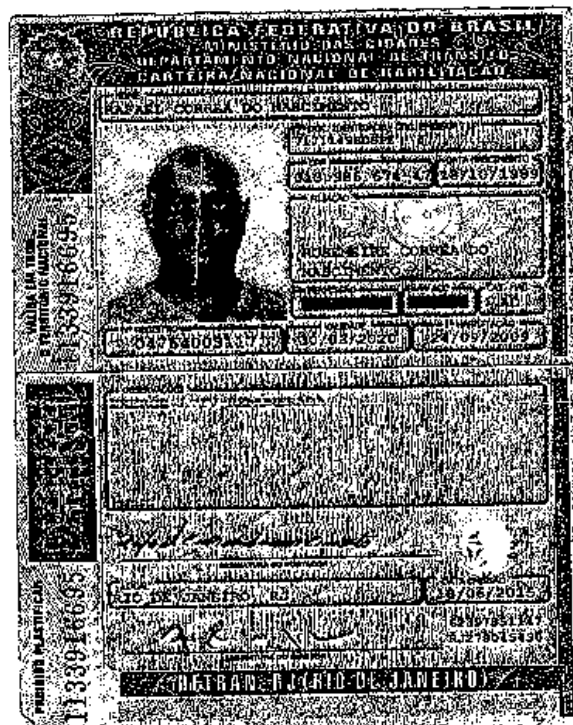
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA 27/11/19

Assinatura do Declarante: Robel Conceição dos Santos



RESEARCH DESIGN AND METHODS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

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 CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

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: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 21/09/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovação das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15712101989@gmail.com Tel.: 01396313438
Data: 07/11/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC 1+APODANGA / PB
Atendente: Emmanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 07/11/2019 Assinatura: Emmanuel Missias Araújo André



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:57:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011571263900000034078237>

Número do documento: 20102011571263900000034078237

Num. 35678331 - Pág. 15



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 22/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15318101989@gmail.com Tel.: 8396313438
Data: 02/10/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC - 11000061 / PB
Atendente: Manuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 02/10/2019 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:57:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011571263900000034078237>

Número do documento: 20102011571263900000034078237

Num. 35678331 - Pág. 16

De: Daniela Fidelis <dpvat@comprev.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 13 de maio de 2020 15:36

Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>

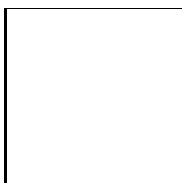
Cc: Kayk Soares <apoiodpvat1@comprev.com.br>; Bruna Barreto <apoiodpvat2@comprev.com.br>

Assunto: Enc: Solicitação de Reanalise Operação Correios - Vítima RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO - Sinistro nº 3190680472

Prezados,

Segue para providencias.

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 **Fax:** (21) 2505-2070

dpvat@comprev.com.br

De: assistadm JPA

Enviado: quarta-feira, 13 de maio de 2020 12:05

Para: Daniela Fidelis; Kayk Soares; Bruna Barreto

Cc: gjpa

Assunto: Solicitação de Reanalise Operação Correios - Vítima RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO - Sinistro nº 3190680472

Boa tarde,

Segue documentação referente ao processo supracitado.

Atenciosamente,



Natália Soares

Assistente administrativo - Agencia JPA

Tel.: (83) 3506-3966 / 3506-3967 **Fax:** (21) 2505-2070

assistadmjpa@comprev.com.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

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 CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

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: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 21/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15712101989@gmail.com Tel.: 01396313438
Data: 27/07/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC 1+APODANGA/PB
Atendente: Emmanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 27/07/2019 Assinatura: Emmanuel Missias Araújo André



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:57:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011571263900000034078237>

Número do documento: 20102011571263900000034078237



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 22/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 01398667447

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 01398667447
E-mail: rafaelrafael15318101989@gmail.com Tel.: 8396313438
Data: 02/10/2019 Assinatura: Rafael Correa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC - 11000061 / PB
Atendente: Emanuel Missias Araújo André Matrícula: 8.478.678-7
Data: 02/10/2019 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 11:57:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011571263900000034078237>

Número do documento: 20102011571263900000034078237

Num. 35678331 - Pág. 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190680472 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíNTESE (PLACA E PARAFUSOS EM AMBAS LESÕES) VÍTIMA EM TRATAMENTO.
(P2 P3 P7 P10 P17)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *ABORDAGEM CIRÚRGICAS REALIZADAS EM 01/10/2019.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Rafael Correa do Nascimento, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Sítio Bonitinho, nº 51, bairro Área Rural, Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep: 58280-000, portador(a) do Rg nº 222.4142, e CPF nº 013.986.624-42

Outorgado: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Luiz de Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep: 58280-000, portador(a) do RG nº 265212671, e CPF nº 039.242.064-09

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Rafael Correa do Nascimento, ocorrido em 21 / 09 / 2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 09 de março de 2020

Rafael Correa do Nascimento
Outorgante
CPF nº 013.986.624-42

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200178183 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 6/10_CIRURGIA

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 um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139253/20

Número do Sinistro: 3200178183

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139253/20

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

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: 14/05/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: Isabella Guimaraes de Conceicao
CPF: 139.190.607-17

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Isabella Guimaraes de Conceicao



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435786/19

Vítima: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

CPF: 013.986.674-47

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

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 CORREA DO NASCIMENTO : 013.986.674-47

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: 05/12/2019
Nome: RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO
CPF: 013.986.674-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RAFAEL CORREA DO NASCIMENTO

Paulo Victor Soares Sant'Ana

