

---

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190431483**

**Vítima: MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 02/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190431483                      Vítima: MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 02/02/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00149/00150 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14595955

**Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190431483**

**Vítima: MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 02/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 7.087,50 |

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **104**

Agência: **4606**

Conta: **0000015641-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190431483**

**Vítima: MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 02/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



---

**Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190431483**

**Vítima: MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 02/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# 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 ASI:

CPF da vítima:

115.353.874-16

Nome completo da vítima:

Marivaldo Vieira do Anjo

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

Nome completo:

Marivaldo Vieira do Anjo

CPF:

115.353.874-16

Profissão:

Recusou

Endereço:

Av. Ver. Agostinho S. Damasceno

Número:

39

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Guarulhos do Póncano

Estado:

AZ

CEP:

67.360-000

E-mail:

marivaldo.vieira.d@gmail.com

Tel. (DDD):

(82) 99666-0538

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2606

CONTA:

156215

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data:

Aracaju 15 de Julho 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marivaldo Vieira do Anjo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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.

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190431483  
Nome do(a) Examinado(a): Marivaldo Vieira de Araujo  
Endereço do(a) Examinado(a): Av Ver Agostinho S Damasceno, 39 Casa  
Centro Girau do Ponciano AL CEP: 57360-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / AL ] 36059480  
Data local do acidente: [ 02/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 23/07/2019 ] Arapiraca [ AL ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO MEDIAL.  
FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.**

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

**Tratamento: PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE DR DANIEL HOULY NO DIA 02/02/2019 PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DA PERNA ESQUERDA.  
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES  
Data da Alta: 21/02/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**ALTERAÇÕES ANATOMOFUNCIONAL DA PERNA ESQUERDA, COM AMPUTAÇÃO DE DOIS TERÇOS DISTAL DA PERNA.**

- IV. Nexo 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:

**AMPUTAÇÃO DE DOIS TERÇOS DISTAL DA PERNA ESQUERDA.**

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 (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 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

  
ADAIR DE SOUZA REZENDE  
CARDIOLOGISTA  
CRM 2544  
CPF: 208.277.584-63

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190431483  
Nome do(a) Examinado(a): Marivaldo Vieira de Araujo  
Endereço do(a) Examinado(a): Av Ver Agostinho S Damasceno, 39 Casa  
Centro Girau do Ponciano AL CEP: 57360-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / AL ] 36059480  
Data local do acidente: [ 02/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 23/07/2019 ] Arapiraca [ AL ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO MEDIAL.  
FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.**

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

**Tratamento: PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE DR DANIEL HOULY NO DIA 02/02/2019 PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DA PERNA ESQUERDA.  
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES  
Data da Alta: 21/02/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**ALTERAÇÕES ANATOMOFUNCIONAL DA PERNA ESQUERDA, COM AMPUTAÇÃO DE DOIS TERÇOS DISTAL DA PERNA.**

- IV. Nexo 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:

**AMPUTAÇÃO DE DOIS TERÇOS DISTAL DA PERNA ESQUERDA.**

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 (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
ADAIR DE SOUZA REZENDE  
CARDIOLOGISTA  
CRM 2544  
CPF: 208.277.584-63



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
POLÍCIA CIVIL  
54º DISTRITO POLICIAL - ARAPIRACA - ARAPIRACA - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061680/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 17:54 Data/Hora Fim: 11/07/2019 18:07  
Delegado de Polícia: Thales Silva Araújo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 56º Distrito Policial - Girau do Ponciano  
Data/Hora do Fato: 02/02/2019 04:20

Local do Fato

Município: Girau do Ponciano (AL)  
Logradouro: ROD. AL-487, POVOADO MATEUS

Bairro: ZONA RURAL  
Nº: SN

Ponto de Referência: PRÓXIMO A CURVA  
Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIVALDO VIEIRA DE ARAÚJO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Lagoa da Canoa Sexo: Masculino Nasc: 05/09/1987  
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria Salete de Silva Vieira Nome do Pai: Manoel Pedro de Araújo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 115.353.874-16

Endereço

Município: Girau do Ponciano - AL  
Logradouro: AV. VER. AGOSTINHO S. DAMASCENO  
Bairro: CENTRO

Nº: 0039  
CEP: 57.380-000



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                          |                                     |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Grupo: Veículo                           | Subgrupo: Motocicleta/Motoneta      |
| CPF/CNPJ do Proprietário: 927.111.624-00 | Placa: MUQ8597                      |
| Renavam: 00740978055                     | Número do Motor: JC30E1Y129928      |
| Número do Chassi: 9C2JC3010YR129928      | Ano/Modelo Fabricação: 2000/2000    |
| Cor: VERMELHA                            | UF Veículo: Alagoas                 |
| Município Veículo: Girau do Ponciano     | Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS |
| Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS            | Veículo Adulterado?: Não            |
| Quantidade: 1 Unidade                    | Situação: Envolvido, Meio Empregado |
| Última Atualização Denatran: 03/08/2010  | Situação do Veículo: NADA CONSTA    |

| Nome Envolvido             | Envolvimentos |
|----------------------------|---------------|
| Marivaldo Vieira de Araújo | Possuidor     |



Domingos Sávio Monteiro Mendonça  
Chefe de Cartório  
Matrícula: 301036 - 8

Delegado de Polícia Civil: Thales Silva Araújo  
Impresso por: Domingos Sávio Monteiro Mendonça  
Data de Impressão: 11/07/2019 18:07  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
POLÍCIA CIVIL  
54º DISTRITO POLICIAL - ARAPIRACA - ARAPIRACA - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061680/2019

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE, MARIVALDO VIEIRA DE ARAÚJO (VÍTIMA), QUE NO DIA 02 DE FEVEREIRO DE 2019, POR VOLTA 04H20, CONDUZIA O VEÍCULO MOTOCICLETA ACIMA DESCRITO, INDO DO CENTRO DA CIDADE DE TRAIU/AL, COM DESTINO A SUA RESIDÊNCIA, LOCALIZADA NA CIDADE DE GIRAU DO PONCIANO/AL, QUANDO AO SE APROXIMAR DE UMA CURVA NO POVOADO MATEUS, ZONA RURAL DA CIDADE DE GIRAU DO PONCIANO/AL, O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E COLIDIU COM UM VEÍCULO AUTOMÓVEL QUE TRANSITAVA EM SENT DO CONTRÁRIO, SOFRENDO LESÕES CORPORAIS; QUE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE, NA CIDADE DE ARAPIRACA/AL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS, FICOU INTERNADO E TEVE SUA PERNA ESQUERDA AMPUTADA; QUE O VEÍCULO MOTOCICLETA CONDUZIDO PELO NOTICIANTE NO MOMENTO DO ACIDENTE, ESTÁ LICENCIADO JUNTO AO DETRAN EM NOME DE ALÉCIA MÁRCIA ROLIM DOS SANTOS; QUE O OUTRO VEÍCULO (AUTOMÓVEL) ENVOLVIDO NO ACIDENTE, BEM COMO O SEU CONDUTOR, ATÉ A PRESENTE DATA, NÃO FORAM IDENTIFICADOS.

ASSINATURAS

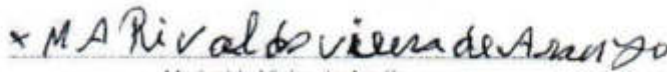


Domingos Sávio Monteiro Mendonça

Agente de Polícia

Matrícula 301335-8

Responsável pelo Atendimento



Marivaldo Vieira de Araújo

(Comunicante / Vítima)

\*Declara para os devidos fins de direito que sou (ela) (única) responsável pelas informações acima assinaladas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

RTP do distrito ou ASL:

CPF da vítima:

115.353.874-16

Nome completo da vítima:

Marivaldo Vieira do Anjo

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

Nome completo:

Marivaldo Vieira do Anjo

CPF:

115.353.874-16

Profissão:

Recusou

Endereço:

Av. Ver. Agostinho S. Damasceno

Número:

39

Complemento:

Caro

Bairro:

Centro

Cidade:

Camamu do Bonifácio

Estado:

AL

CEP:

63.360-000

E-mail:

marivaldo.vieira@gmail.com

Tel. (DDD):

(82) 99666-0538

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR



ATÉ R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00



R\$5.001,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2606

CONTA:

156215

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?



Sim



Não

Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

Local e Data:

Aracaju 15 de Julho 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marivaldo Vieira do Anjo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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.



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SUAS  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA  
R. Silvestre Pércies n. 1085 - Jardim Tropical - CEP: 57.816-060 - Arapiraca/AL.  
Fone: (82) 3530-0085 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Arapiraca, 21 de Março de 2019

Conforme solicitado por José Kleberson Santos Cavalcante, portador (a) de CPF nº 088.792.504-65 e Identidade nº 3385510-2 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Alagoas Regional Arapiraca, certifica que efetivou o atendimento da ocorrência abaixo:

Dados da Ocorrência:

- 1 - DIA: 02.02.19 às 05h18
- 2 - LOCAL: Povoado Mateus, sentido Girau.
- 3 - REFERÊNCIA: Próximo a divisa de Girau e Traipu.
- 4 - OCORRÊNCIA: Colisão moto x carro.
- 5 - VÍTIMA: **Marivaldo Vieira de Araújo.**
- 6 - DESTINO: Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly.
- 7 - UNIDADE SOCORRISTA: USB- Girau.
- 8 - MÉDICO (a) REGULADOR (a): Dra. Samanda Gonçalves Silva Medeiros.

Dou ciência da veracidade dos dados acima apresentados.

  
SAMU  
192  
Dr. William Cesar Saraiva  
Coordenador Médico  
CRM/AL - 6384  
Regional Arapiraca

William Cesar Saraiva  
Coord. Médico  
CRM 6384/AL

Samu 192 Alagoas - Regional Arapiraca



**CÓPIA**

# 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: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04606

CONTA: 000000015641-5

---

Nr. da Autenticação 86B8439901E4EE09

**EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS**

Av. Fernandes Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL

CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 22494092

**LINDINALVA ROBERTO DA SILVA**

TR AGOSTINHO SOARES, 39,

CENTRO

57360000 GIRAU DO PONCIANO

AL

|                         |                        |                                           |
|-------------------------|------------------------|-------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>4068130 | MÊS<br>07/2019         | PERÍODO DE CONSUMO<br>05/06/19 a 05/07/19 |
| CONSUMO (kWh)<br>30     | VENCIMENTO<br>16/07/19 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 20,00                |

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Equatorial: 0800 082 0196

autenticação mecânica

recorte aqui

**EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS**

Av. Fernandes Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL

CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

|                         |                |                            |
|-------------------------|----------------|----------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>4068130 | MÊS<br>07/2019 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 20,00 |
|-------------------------|----------------|----------------------------|

836700000000.200000030003.000000004069.813007190057

**CÓPIA**



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0205539-2

Av. Fernandes Lima, nº 33-48 - Graças de Lourdes - CEP: 57052-400  
MACROAL - CNPJ: 12.272.044/0001-00 - IL 24001777-8  
REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA  
Nº 7 FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA - SERVIÇO SEME LAMP

Nº da Nota Fiscal 022365192

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS  | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JUN/0/2019 | 05/07/2019 | 97            | 80,28               |

JOSE KLEBSON SANTOS CAVALCANTE  
R DR PEDRO CORREIA 134 SALA N CENTRO

57.300-400 - ARAPIRACA

ROT: 010.06.006.000220

| DADOS DA LEITURA            | kWh    | kWh/m              | DATAS DA LEITURA            |
|-----------------------------|--------|--------------------|-----------------------------|
| Atual:                      | 3652   |                    | Atual: 28/06/2019           |
| Anterior:                   | 3555   |                    | Anterior: 31/05/2019        |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  |                    | Próxima Leitura: 29/07/2019 |
| Consumo Medido:             | 97     |                    | Emissão: 27/06/2019         |
| Consumo Faturado:           | 97     | FCAM               | Apresentação: 28/06/2019    |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL | Fator de Potência: | Diário de Consumo: 24       |

| Classificação | Ligação | Numero Medidor | Posto     | Código Pat. | Média 12 meses |
|---------------|---------|----------------|-----------|-------------|----------------|
| COMERCIAL     | MONO    | E2522375       | 5 3 13558 | 3.1.3.1     | 156            |

| HISTÓRICO kWh   | DESCRIÇÃO DA CONTA                    |       |
|-----------------|---------------------------------------|-------|
| Mês/ano consumo | CONSUMO 97 kWh a R\$ 0,690466 =       | 66,97 |
| MAI/19 144      | CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP) | 18,83 |
| ABR/19 148      | CORRECAO MONETARIA 05/19-00           | 0,21  |
| MAR/19 176      | MULTA POR ATRASO 05/19-00             | 2,04  |
| FEV/19 0        | JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00        | 0,23  |
| JAN/19 0        |                                       |       |
| DEZ/18 0        |                                       |       |
| NOV/18 0        |                                       |       |
| OUT/18 0        |                                       |       |
| SET/18 0        |                                       |       |
| AGO/18 0        |                                       |       |
| JUL/18 0        |                                       |       |
| JUN/18 0        |                                       |       |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVADO AO FISCO 1158.D401.E1CF.A012.21DF.64F0.A5CD.01BA

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 25,51       | Base de Cálculo: 66,97  |
| Energia: 18,17            | Alíquota ICMS: 17,00%   |
| Transmissão: 2,49         | Valor do ICMS: 11,38    |
| Encargos: 5,56            | Valor do PIS: 0,98%     |
| Tributos: 15,04           | Valor do COFINS: 4,50%  |
|                           |                         |
|                           |                         |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

|           | DIC    |            |       | FIC    |            |       | DMIC   |      | DICRI  |
|-----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------|--------|
|           | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal |      | Mensal |
| Linha     | 6,27   | 12,54      | 25,08 | 3,99   | 7,98       | 15,96 |        | 3,71 |        |
| Realizado | 0,00   |            |       | 0,00   |            |       |        | 0,00 |        |

Conjunto SE ARAPIRACA I

Período de 04/2019  
apuração: R\$ 47,41

CÓPIA

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
16 JUL. 2019  
PROTÓCOLO

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPD=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Kleberson Santos Cavalcante

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 088-792.514 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mariunildo Vieira de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.353.874 / 16

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Mariunildo Vieira de Araujo

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.353.874 / 16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                         |                          |                                   |
|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>R. Dr. Pedro Correia</u>   | Número: <u>138</u>       | Complemento: <u>Zona "N"</u>      |
| Bairro: <u>Centro</u>                   | Cidade: <u>Arapiraca</u> | Estado: <u>AL</u>                 |
| E-mail: <u>krannerreia.ak@gmail.com</u> | CEP: <u>57.300-400</u>   | Tel. (DDD): <u>(02) 9880-4383</u> |

Local e Data: Arapiraca 15 de Julho de 2019

José Kleberson Santos Cavalcante  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ALEXIA MARIA ROLIM DAMASCENO SANTOS,

RG nº 1.194.395, data de expedição 10/12/197,

Órgão SSP/AL, portador do CPF nº 927.111.624-00,

com domicílio na cidade de Girau do Ponciano, no Estado de

Alagoas, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Natal, nº 248,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Marivaldo Vieira de Araújo, cujo o condutor era

Marivaldo Vieira de Araújo.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda / CB 125 TITAN Ano: 2000

Placa: MVB 8597 Chassi: 9C2 JC30104R 129928

Data do Acidente: 02/02/19

Local e Data: Girau do Ponciano - AL, 05/07/19

Alexia Maria Rolim Damasceno Santos  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

União Serviço Notarial e Registral da  
Comarca do Girau do Ponciano - AL  
Rua Manoel João Neto, 337 - Centro  
Girau do Ponciano - AL (0213) 320-1440

Reconhecimento  
de Alexia Maria Rolim Damasceno Santos

indicada(s) com a seta de que faço uso dou fé

Girau do Ponciano, 05/07/19

em testemunha da verdade

Alexia Maria Rolim Damasceno Santos

☐ Afonso de Oliveira Silva - Notário

☒ Bel. Andréa Lúcia Silva Braga - Substituta

☐ Bel. Marcelo Gonçalves Braga - Escrivão

Válido somente com selo de autenticidade

Encargos R\$ 3,15 FERC R\$ 1,19



# MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)<sup>1</sup>

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM n.º 1.658/2002, e constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: Marcos Vinícius de Araújo

Número do documento de identificação (documento com foto): \_\_\_\_\_

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10

- 1) - Amputação membro D (S88.9)
- 2) - Fratura distal fêmur D (S72.3)
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

- O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

☒ Não

☐ Sim. Quais (descrição breve e resultado)? \_\_\_\_\_

- Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente?

Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas?

Incapacidade para deambular sem auxílio

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

☐ Não

☒ Sim. Por quê?

Em virtude da incapacidade para deambular sem auxílio

- Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

☒ Sim.

☐ Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?

Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) ao final, em obediência ao art. 5º da Resolução CFM n.º 1.658/2002.

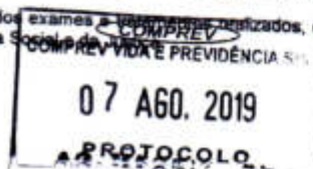
[Assinatura] 26/08/2019  
(local) (data)

[Assinatura] Dr. Rodrigo F. L. de Amorim  
Ortopedia  
CRM/AL 4573  
SBCT 10814  
NOME DO MÉDICO  
N. CRM

Eu (nome do paciente ou representante legal) autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

<sup>1</sup> Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.  
Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e procedimentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social.  
Art. 3º (...)  
III - registrar os dados de maneira legível;

CÓPIA



## SOLICITAÇÃO DE REANALISE

Eu, **MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**, alagoano, agricultor, solteiro, CPF: **115.353.874-16**, Domiciliado na AV. Ver. Agostinho S. Damasceno, 39, Girau do Ponciano/AL. Que fui vítima de um acidente de trânsito no qual obtive uma debilidade física permanente, tendo dado entrada no Seguro DPVAT e gerado o sinistro de numero. **3190431483**.

No entanto a minha indenização foi paga **COM PERICIA medica**, mesmo tendo após o acidente adquirido uma debilidade física permanente conforme os relatórios médicos ortopédicos descrevem, que me impossibilita de alguns movimentos motores dos membros INFERIOR/SUPERIOR.

Desta forma solicito passar por uma **NOVA PERICIA** com médicos credenciados por esta Seguradora para que seja reavaliado o meu verdadeiro grau de debilidade física Permanente e receber o valor ao qual tenho direito.

*Arapiraca 07 de Agosto de 2019.*

*\* MA Rival de Vieira de Araujo*

**MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO**



CÓPIA

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
16 JUL. 2019  
\*PROTOCOLQ\*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AL Nº 011626362810  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00740978055 RUA/C. EXERCÍCIO 2014

NOME ALECIA MARCIA ROLIM D. SANTOS

OPF / CNPJ 92711162400 PLACA MUQ8597

PLACA ANT. / UF MUQ8597 AL CHASSI 9C2JC3010YR129928

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 T TITAN KS ANQ/TAB. 2000 2000

CAP / POT / OIL 2P/12500 CATEGORIA PARTIO COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA I SAGO EM 29/08/2014 1ª

PREMIO TOTAL (R\$) 292,01 DATA DE PAGAMENTO 29/08/14

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 29/08/14

LOCAL GIRAU DO CONCEIÇÃO NO 01/09/2014

DATA 01/09/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

AL Nº 011626362810 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 01/09/2014

VIA 01 OPF / CNPJ 92711162400 PLACA MUQ8597

RENAVAM 00740978055 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO TAB. 2000 COT. TAB. 9 Nº CHASSI 9C2JC3010YR129928

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 129,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 29/08/14

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.548.056/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190431483 **Cidade:** Girau do Ponciano **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO MEDIAL.  
FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** ALTERAÇÕES ANATOMOFUNCIONAL DA PERNA ESQUERDA, COM AMPUTAÇÃO DE DOIS TERÇOS DISTAL DA PERNA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE COM AMPUTAÇÃO DA PERNA ESQUERDA DOIS TERÇOS DISTAL DA PERNA.  
DEAMBULANDO COM AJUDA DE MOLETAS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/07/2019

**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 um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 52,5%     | R\$ 7.087,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 52,5 %    | R\$ 7.087,50          |

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome:

MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO

Nacionalidade:

BRASILEIRO

Estado Civil:

SOLTEIRO

Profissão:

AGRICULTOR

Identidade:

3605948-0

CPF:

115.353.874-16

Endereço:

AV. VER. AGOSTINHO S. DAMASCENO, 39, GIRAU DO POXIANO/AL

## OUTORGADO:

Nome:

JOSÉ KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

Nacionalidade:

BRASILEIRO

Estado civil: CASADO

Profissão:

MICRO EMPRESÁRIO

Identidade:

3385510-2 SEDS\AL

CPF: 088.792.514-65

Endereço:

RUA DR PEDRO CORREIA, 134, SALA N, CENTRO, ARAPIRACA/AL

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima, com a data do acidente ocorrido:

02/02/19

*Marivaldo Vieira de Araujo.*



GIRAU DO POXIANO/AL 13/03/19

## LOCAL E DATA



Reconhecimento  
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s)  
de Marivaldo Vieira de Araujo  
indicada(s) com a seta de que faço uso dos  
Girau do Poxiano - 13/03/2019  
em testemunho Benício da vendida  
Benício da vendida  
☐ Alfredo de Oliveira Silva - Notário  
☒ Bel. Andréa Luciana Silva Braga - Substituta  
☒ Bel. Marcelo Gonçalves Braga - Escrevente  
Válido somente com selo de autenticidade.  
Emolumentos R\$ 3,15 FERC R\$ 9,97

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240783/19

**Número do Sinistro:** 3190431483

**Vítima:** MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO

**CPF:** 115.353.874-16

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIVALDO VIEIRA DE ARAUJO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 07/08/2019

Nome: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

CPF: 088.792.514-65

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019

Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS