

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190495340

Vítima: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **GLEDSON JEFFERSON DA COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000045939819-9**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190495340

Vítima: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

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

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: 703.290.894-20 4 - Nome completo da vítima: GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA

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

5 - Nome completo: GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA 6 - CPF: 703.290.894-20
7 - Profissão: recuso 8 - Endereço: Rua José Maria da Silva 9 - Número: 178 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Ouz dos Anjos 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58087-380
15 - E-mail: 16 - Tel(DDD): (33) 978778821

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A (260)
AGÊNCIA: 0004 CONTA: 45939819 9
(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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal não autorizada

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

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

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

38 - 1ª Nome: 23 AGO. 2019
CPF:

39 - 2ª Nome: AG. JOÃO PESSOA
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa/PB, 22/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01487.01.2019.1.01.010

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01487.01.2019.1.01.010, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:45 horas do dia 16 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 10ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil José Anselmo de Lucena, matrícula 1334298, e lavrado por Joselito Vieira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 906085, ao final assinado, compareceu **Gleidson Jefferson da Costa**, CPF nº 703.290.894-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônoma, filho(a) de Neci das Neves Costa e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/03/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Maria da Silva, Nº 178, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Sem Referência, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Gov. Flavio Ribeiro Coutinho, nº S/N, Sem Referência, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/10/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o Declarante que quando conduzia a motocicleta de marca Yamaha XTZ 150 Crosser, ANO 2017, COR AZUL, Placa-QFS5425/PB, CIL 9C6DG2520H0011087, Cadastrada em nome de Tiago Renovato de Oliveira, pela av. Gov. Flavio Ribeiro Coutinho no B. de Manaíra, N/Capital, precisamente em frente ao cruzamento que dá acesso ao Manaíra Shopping Center, oportunidade em que ao tentar desviar de um veículo de Placa e condutor não identificados, no cruzamento ali existente, onde foi alvo de colisão por parte do veículo, sendo assim arremessado ao solo, em consequência ao acidente e sua gravidade foi socorrido para o complexo hospitalar Mangabeira para realizar procedimento cirúrgico, onde ficou diagnosticado Fratura Exposta dos Ossos da Perna Direita, Conforme Prontuário Médico Apresentado. Esclarecendo ainda o declarante que se dirigiu a residência do proprietário da referida motocicleta, porém o não localizou em razão deste ali não mais residir, ficando impossibilitado de assinar e reconhecer firma do declarante de Proprietário de veículo, documento exigido pela Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.

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

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2019.


JOSELITO VIEIRA DA SILVA
Agente de Investigação

GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA
Noticiante



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: 703.290.894-20 4 - Nome completo da vítima: GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA

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

5 - Nome completo: GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA 6 - CPF: 703.290.894-20
7 - Profissão: recuso 8 - Endereço: Rua José Maria da Silva 9 - Número: 178 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Ouz dos Anjos 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58087-380
15 - E-mail: 16 - Tel(DDD): (33) 978778821

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A. (260)
AGÊNCIA: 0004 CONTA: 45939819 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós/vítimas? ☐ 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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal não autorizada

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

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

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

38 - 1ª Nome: 23 AGO. 2019
CPF:

39 - 2ª Nome: AG. JOÃO PESSOA
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa/PB, 22/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Nome: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA
Nº. de vezes atendido: 1
Nº. Prontuário: 2019-10-002216
Sexo: M IDENTIDADE: 4084778 Fone: 988729502
Município: JOÃO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/03/1996 Id: 22 ano(s)
End.: AVENIDA SÃO BENEDITO, 101
Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOÃO PESSOA UF: PB
Mãe: NECT DAS NEVES COSTA Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: OFFICE-BOY Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA
Tel/Doc. Responsavel: 988729502 / IDENTIDADE: 4084778
Procedência: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO XCARRO CONDUTOR AS 08:00
Vitima de violência por: MANEIRA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

*Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
TC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: Q24:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☒ (X) Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO
CASADO PELO SAMU

Observação

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente encaminhado pelo SAMU com trauma de cabeça.

paciente com xiphiotórax de esquerda e fratura de costela esquerda.

Diagnostico

[] Conduta

Prescrição

Horario da medicação

Ver - lu
- 100mg 6x ao dia
Clonazepam 1mg po - a.
501-5-000 w
Ab de Am. pro.

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM-PB 8572

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

FONTOPELA

Paciente ~~18/11/2019~~ 18/11/2019
ACIDENTE NA CASA DE 01/11/2019
N. ANTESCULADO FX OSSOS NA ROTA
COM GELATINA

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

AO BLOCO CIRÚRGICO

[Handwritten signature]
V. [illegible]
[illegible]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2019

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

03010000-9
03010000-9
03030000-0
03010000-7 (5930)

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVD ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000045939819-9

Nr. da Autenticação 3DC93E0FCDA77C68

NECIDAS NEVES COSTA

RUA JOSE MARIA DA SILVA, 179 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA / PB CEP 58087-380 (AG 1)

Ligação MONOFÁSICO

Ciêsta RESÍMTO B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Potêrio 18 x 2 - 511 - 1300

Medidor 00008087537

Referência Mar/2019

Emissão 28/03/2019

ENERGISA PARAÍBÁ

Br 230, km 25 - Cristo Redentor

CNPJ 09.095.123/0001-40

Nota Fiscal / Conta de Energia

Cód. para Díb. Automático: 00005184

ENERGISA
COMP. PREV. PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO 2019
CNPJ 09.095.123/0001-40
Cód. para Díb. Automático: 00005184

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Mar / 2019

Apresentação

28/03/2019

**Data prevista da
próxima leitura**

29/04/2019

CPF/ CNPJ/ RAN

000.059.964-65

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/518425-4

Canal de contato

Com a taxa de serviço, você ajuda a preservar o meio

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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, TIAGO RENOVARDO DE OLIVEIRA

RG nº 2.866.594 - 7ª VA., data de expedição 29/07/16

Órgão SSAB-PB, portador do CPF nº 058.461.994-45,

com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de

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

RUA DOMESTICA ALCIDES SANTOS AMARAL, nº 94,

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

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

Gláuber Jefferson da Costa, cujo o condutor era

Gláuber Jefferson da Costa

Veículo: motocicleta Modelo: YAMAHA/XTZ 150 Ano: 2017

Placa: QFS 5425/P3 Chassi: 9C6D62520H0041087

Data do Acidente: 16/10/2018

Local e Data: JOÃO PESSOA, 01 DE AGOSTO DE 2019

Tiago Renovato de Oliveira

Assinatura do Declarante

Gláuber Jefferson da Costa

Assinatura do Condutor

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

Cartório Garibaldi
1º Ofício de Notas
Av. Epitácio Pessoa, 2649
Timbaúba - João Pessoa - Paraíba
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (TIAGO RENOVARDO DE OLIVEIRA(123078)). Em test. da verid. Dou fé, João Pessoa-PB 01/08/2019 14:26:19.
PAULA GARBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto
Vir R\$12,70, Feoj R\$1,98, Fargen R\$0,29, ISS R\$0,50
Operador: NIVALDO1, Selo Digital: A1188673-0001 - Consultar a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

glicsonjffusondacosta@gmail.com
1a2b3c4da

de pagamentos (260)

AG:0001

e/c: 45939819-9

Nome: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA
Nº. de vezes atendido: 1
Nº. Prontuário: 2019-10-002216
Sexo: M IDENTIDADE: 4084778 Fone: 988729502
Município: JOÃO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/03/1996 Id: 22 ano(s)
End.: AVENIDA SÃO BENEDITO, 101
Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOÃO PESSOA UF: PB
Mãe: NECT DAS NEVES COSTA Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: OFFICE-BOY Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA
Tel/Doc. Responsavel: 988729502 / IDENTIDADE: 4084778
Procedência: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO XCARRO CONDUTOR AS 08:00
Vitima de violência por: MANEIRA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

*Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
TC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: Q24:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☒ (X) Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsão
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vômito

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO
CASADO PELO SAMU

Observação

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento médico)

paciente encaminhado pelo SAMU com trauma de cabeça

paciente com xiphiotórax de esquerda e fratura de costela

Diagnóstico

[] Conduta

Prescrição

Horário da medicação

Ver - lu
- 100mg 6x ao dia
Clonazepam 1mg po - a
501-5-000 w
Ab de Am. pro

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM-PB 8572

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

FONTOPELA

Paciente ~~18/11/2019~~ 18/11/2019
ACIDENTE NA CASA DE 01/11/2019
N. ANTESCULADO FX OSSOS NA ROTA
COM GELATINA

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

AO BLOCO CIRÚRGICO

[Handwritten signature]
V. [illegible]
[illegible]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2019

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

03010000-9
03010000-9
03030000-0
03015000-7 (5930)

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVD [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>GLEISON REFINSON DE COSTA</u>		Data da Admissão: <u>16/10/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: _____		
QPD: <u>DOR em punho</u>			
HDA: <u>VALIA DE ACIDEZ MOTO ADTE, DO O DEFORMIDADE</u> <u>EM M I D, PUNHO DO PUNHO</u>			
		COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 23 AGO. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTP

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: 1. EXPOSTA OSSOS DA PERNA, LESÃO

PERITONEAL

Conduta: INTERAR P/ TRATAMENTO CIRÚRGICO

[Handwritten signature]
Dr. Renato

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: GLEDSON SEFTENSON DA COSTA						Registro:	
Idade:		Sexo:		Cor:		Clinica:	EMP:
Data: 16/10/11		Cirurgião: Dr RENO				I° Assistente: Dr VUKY	LR:
2° Assistente:		3° Assistente:				Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:		T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO							CID
Fratura exposta ossos da perna							
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO							CID
O mesmo.							
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)							CÓDIGO
Redução aberta + fixação interna							
Acidente durante Ato Cirúrgico 1() Sim 2(X) Não				Descreva:			
Biópsia de Congelação: 1() Sim 2(X) Não							
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1(X) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico							

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

PREPARAÇÃO EM ODA SOB ANESTESIA
ASSÉPSIA + ANTISSEPSIA
POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTERILIZADOS

Incisão:

LAZ. CIRCUNFERENCIAL ANTERIOR DE PENNA (O) PEL
PLANOS ATÉ O FOCO DE INFECÇÃO

Achados:

FR. OSSOS DA PENNA

Conduta:

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF99%
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS.
REALIZAR MANOBRAS DE REDUÇÃO POR ESCOPIS
AFIXAR P.S. PLACA E PARAFUSO SOB AUX. ESCOPIS
LIMPEZA COM SF99%
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO
RX CONTROLE

Fechamento:

OBS:

ANTIBIÓTICO POR 48h e SE TIVER SINTOMAS
QUEIXAS ALTA HOSPITALAR

Data: 16/10/18


MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE		NOME DO MÉDICO	
Jeferson Jeferson da Silva		Otonário	
SEXO	M	IDADE	32
DATA DE NASCIMENTO	18/11/88	DATA DE ALTA	18/10/18
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
Fratura exposta do osso da perna			
HISTÓRICO DE DOENÇAS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
Placa da tibia com placa de 4,5 mm			
ANESTESIA UTILIZADA			
INFECÇÃO	☐ SIM ☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM ☒ NÃO
RESULTADO BACTERIOLÓGICO			
EVOLUÇÃO DA ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO
CURADO	ÓBITO		

HISTÓRICO CLÍNICO (SÍNTESE FINAL DO DOENÇA E COMPLICAÇÕES)

Atendimento de fratura exposta da perna. Realizado o tratamento na emergência com placa de 4,5 mm.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATORIA: Manter a ferida limpa e coberta duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer secreção, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cesafexona + Analg + Antibiótico.

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ dias para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em _____ dias para revisão.

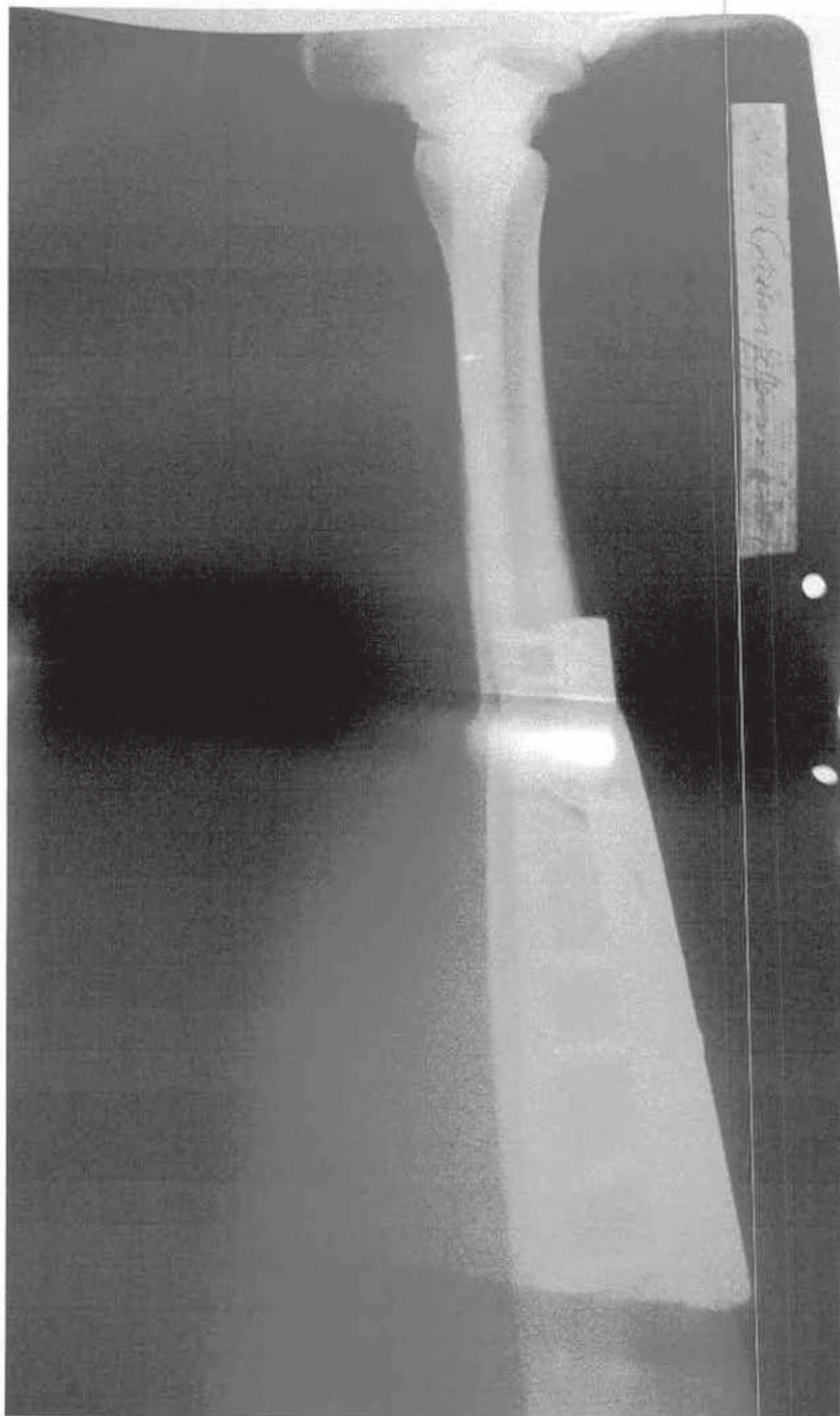
DATA: 18/10/18

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Enfermeiro: _____

Assinatura do Fisioterapeuta: _____

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar.
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

NUMERO

212.86444.13-8

NUMERO

7706793

SERIE

0040

UF

PB

Edson Jefferson de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2015

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA

FILIAÇÃO.....

NEGI DAS NEVES COSTA

NASCIMENTO.....: 29/03/1996

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO.....: C I 4084778 23/08/2012 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 703 290 894-20 CNH.....:

TIT. ELEITOR: 043465821201 SEÇÃO: 286

ZONA: 77

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 31/07/2014

R. Silva e Silva
Módulo Exemplo: Exato
Superintendência Nacional do Trabalho e Emprego - da Presidência

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190495340 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA **Data do acidente:** 16/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2-4,6(BAM) P.7(CIRURGIA) P.9(IMAGEM)

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GLEIDSON JEFFERSON DA COSTA
DATA DO ACIDENTE 22/05/2019 CPF DA VÍTIMA 703.290.394-20
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECÍPITO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/05/2019
IDENTIDADE 4034775
ASSINATURA Gleudson Jefferson da Costa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290638/19

Vítima: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

CPF: 703.290.894-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2018

Titular do CPF: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLEDSON JEFFERSON DA COSTA : 703.290.894-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019
Nome: GLEDSON JEFFERSON DA COSTA
CPF: 703.290.894-20

GLEDSON JEFFERSON DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO