



Número: **0857432-63.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GUILHERME CRUZ DE ARAUJO (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38364 331	13/01/2021 14:15	2774639_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, 23 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200397391

Vítima: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **GUILHERME CRUZ DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **0000056814-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

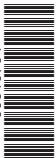
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01401/01402 - carta_15R - INVALIDEZ

00010701





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou AGL:

3 - CPF da vítima:

418.403.514-86

5 - Nome completo da vítima:

Guilherme Luiz de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

6 - Nome completo:

Guilherme Luiz de Araújo

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Padre Agostinho

9 - Número:

466

11 - Bairro:

Paracourua

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

16 - Telefone:

(03) 9981-5088

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (141)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

909

CONTA:

56814

3

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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 4.154/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 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 nº 4.154/74.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

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: ☐ Não

30 - Vítima deixou resíduo (herança)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa digital que informa que sou o autorizado

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

40 - Local e Data:

João Pessoa, 04-11-2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06607.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06607.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:49 horas do dia 04 de novembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Guilherme Cruz de Araújo**, CPF nº 712.703.514-86, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ambulante, filho(a) de Maria das Neves Cruz de Araújo e Gilberto Franco de Araújo, natural de Serra Redonda/PB, nascido(a) em 21/06/2001 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Azevedo, Nº 462, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98671-3278.

Dados do(s) Fatos:

Local: Alça da Br 230, Hospital Metropolitano, Santa Rita/PB, bairro Heitel Santiago; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/07/20 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

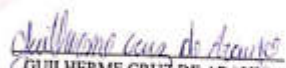
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 14/07/2020, POR VOLTA DAS 13:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2015/16, PLACA QFP-4028/PB, CHASSI 9C2KC2200GR110934, NA RODOVIA BR 230, ALTURA DA CIDADE DE SANTA RITA/PB, QUANDO FOI FAZER UMA CURVA O PNEU DE FRENTE DA MOTOCICLETA DERRAPOU, VINDO ESTE NOTIFICANTE A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO, CONFORME CERTIDÃO 0502/2020 ASSINADA PELA MEDICA SONIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA.

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, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de novembro de 2020.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


GUILHERME CRUZ DE ARAUJO
Noticiante

Procedimento Policial: 06607.01.2020.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou AGL:

3 - CPF da vítima:

418.403.514-86

A - Nome completo da vítima:

Guilherme Luiz de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo:

Guilherme Luiz de Araújo

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Padre Agostinho

11 - Bairro:

Bela Vista

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - E-mail:

guilherme.luz@outlook.com

14 - Estado:

PB

15 - CEP:

58000-000

16 - Telefone:

(83) 99811-5088

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐

Bradesco (237)

☐

Itaú (141)

☐

Banco do Brasil (001)

☒

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

909

CONTA:

56814

3

AGÊNCIA:

CONTA:

Nome do BANCO:

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 4.154/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 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 nº 4.154/74.

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (ou Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

☐

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐

Sim

☐

Não

☐

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 resíduo (patrimônio)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

34 - Impressão digital da vítima ou representante legal (se autorizado)

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

40 - Local e Data:

João Pessoa, 04-11-2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 17/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

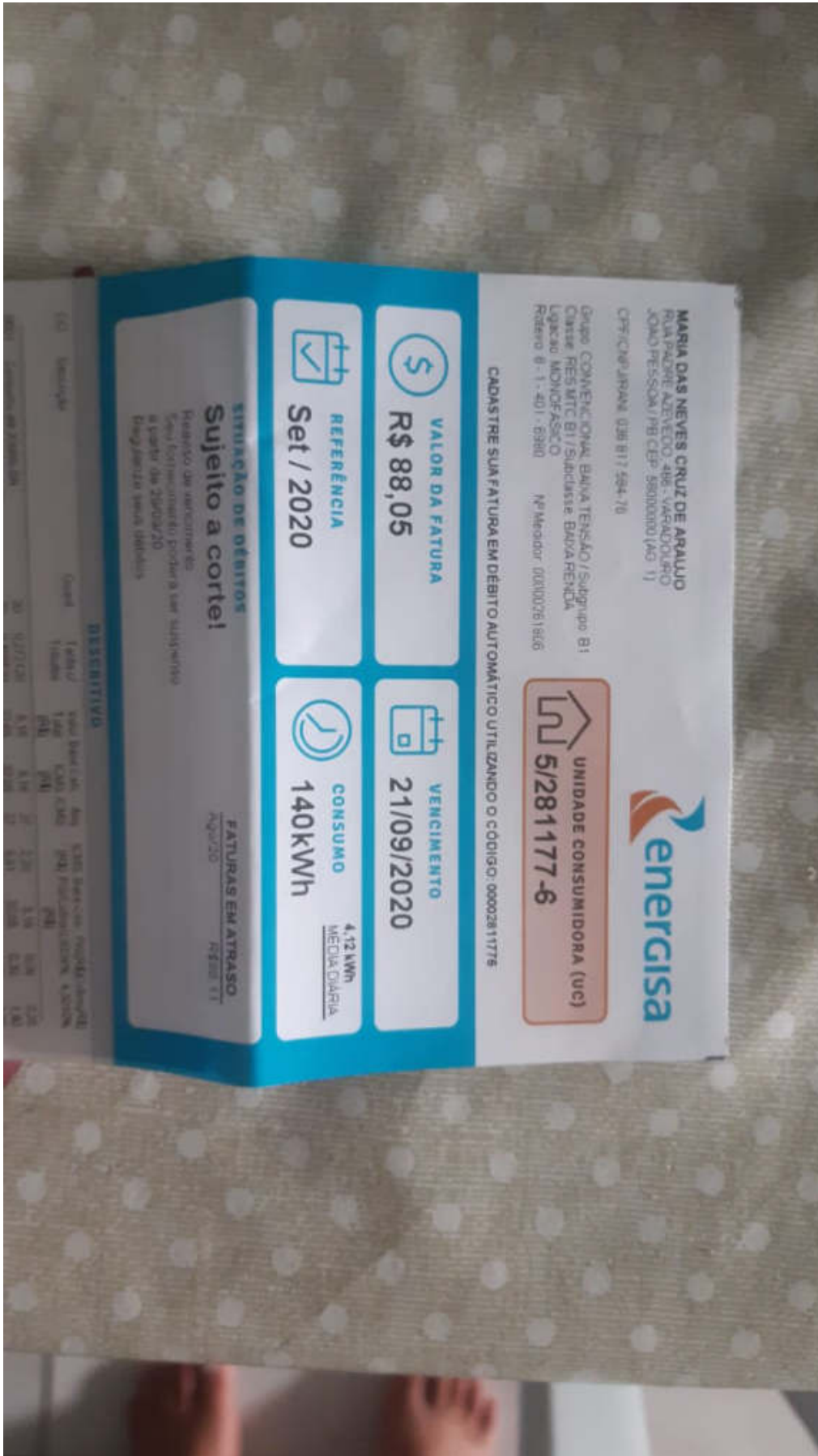
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000056814-3

Nr. da Autenticação 198619734817E965







CERTIDÃO

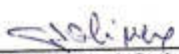
Nº. 0502/2020

Atendendo solicitação de **GUILHERME CRUZ DE ARAUJO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de ficha nº 328881 que foi atendido dia 14/07/2020 às 13H44min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço, punho, joelho, perna e dedos da mão esquerda.

Submetido a avaliação médica exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Tratamento conservador com imobilização.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de setembro de 2020


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



DADOS DO PACIENTE

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4501873 Fone: 994214006

End.: RUA PADRE AZEVEDO, 466

Mae: MARIA DAS NEVES CRUZ DE ARAUJO Pai: GILBERTO FRANCO DE ARAUJO

Ocupação: OFFICE-BOY

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: GUILHERME COUZ DE ARAUJO

Tel/Doc. Responsavel: 994214306 / IDENTIDADE: 4301873

Procedencia: FUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Clamping: TMS:

0110-0001, 8:1

1960:1

File: Add: 0231

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

1	Politraumatizado	1	Convulsao
---	------------------	---	-----------

Homocysteine

11/11/2011

1. 1000 2. 1000 3. 1000 4. 1000 5. 1000 6. 1000 7. 1000 8. 1000 9. 1000 10. 1000

1. Regular ☒ *2. Irregular*

Vonite: *BVH* *20* *11/11*

Observação: *PR* *2000*

2002/0000

FATURADO

[illegible]

Prescrição: Omeprazol 10mg + SF 9/10ml ③ Ata de Cir
 Hora da medicação

For analysis -> serum samples of 1000s
from the Toronto CH. Of 1000s
770 Participants. Acquired 5525 & 1000s 2

Para Bora @ ESQ
 AS 20
 Bora sta. re. l. p. h. o.

... e. m. a. s. p. a. g. u. e.
 DAS 08:00
 11/01/2021

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ U.T.I
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐ S.V.O ☐ I.M.L

Valéria R. Rocha
 Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Digitalizada com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236



Guilherme Cruz de Araújo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MOEDA DO BRASIL

Digitalizado com CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.501.873

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2017

NOME
GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

FILIAÇÃO
GILBERTO FRANCO DE ARAUJO
MARIA DAS NEVES CRUZ DE ARAUJO

NATURALIDADE
SERRA REDONDA-PB

DATA DE NASCIMENTO
21/06/2001

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº7179 - LIV.A-7 - FLS.277 - CARTORIO SERRA
REDONDA PB

CPF
712.703.514-86

João Pessoa - PB

Handwritten signature: Suelio Moreira Torres
MARCUS A. B. LIMA, UNO DIRETOR

Chefe do Núcleo de
de L. E. N.º 011/83 DE 29/08/83

CAIXA DA MÓDIA DO BRASIL

O+



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200397391 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO **Data do acidente:** 14/07/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315548/20

Vítima: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

CPF: 712.703.514-86

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 14/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

GUILHERME CRUZ DE ARAUJO : 712.703.514-86

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: 05/11/2020
Nome: GUILHERME CRUZ DE ARAUJO
CPF: 712.703.514-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

GUILHERME CRUZ DE ARAUJO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

