



13/01/2021

Número: **0801251-39.2019.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **02/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARIONALDO ALVES PEREIRA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38365166	13/01/2021 14:42	Contestação	Contestação
38365169	13/01/2021 14:42	2774941_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
38365314	13/01/2021 14:42	2774941_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVÉL DE URGÊNCIA – SAMU

São Sebastião de Lagoa de Roça/PB

25 de setembro de 2019

SOLICITAÇÃO Nº 065/2019

DECLARAÇÃO

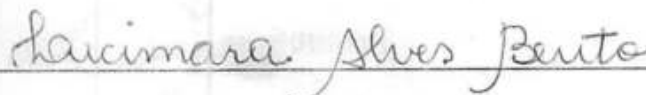
Declaramos para todos os fins de direito que se fizerem necessários que, **ARIONALDO ALVES PEREIRA, 40 ANOS**, foi atendido pelo SAMU 192 Regional – Base Descentralizada - S.S. de Lagoa de Roça/PB, ID sob o número 1787775, em Código 03, no dia 15 de julho de 2019 (domingo), por volta das 18h03min, Sítio Camucá, BR 104, município de São Sebastião de Lagoa de Roça/PB.

Queixa principal: Vítima de Acidente de Trânsito – Colisão moto com Animal (piloto da moto, e no momento do acidente fazia uso do capacete).

Estado geral: Vítima consciente, orientado, afebril, normotenso, nega doenças pregressas e alergia medicamentosa, SSVV DPN, não faz uso de medicação contínua.

Ao exame físico: vítima já apresentava um membro, o inferior D com gesso. Nesse acidente, provável fratura em ombro D, e abrasões em MMII. Após Regulação médica, feito AVP calibroso, encaminhado QRD a área vermelha do HTCG. Sem intercorrências durante percurso, manteve-se estável.

Equipe Atendimento: Enf. Wellington Dias (COREN-PB 577.707) e Condutor Socorrista André Pinto.



Lucimara Alves Bento

COORDENAÇÃO DO SAMU MUNICIPAL

COREN/PB 187.017-ENF





GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

PACIENTE: ARIONALDO ALVES PEREIRA

DATA DO EXAME: 12.07.2019

RADIOGRAFIA DE PÉ

- Imobilização gessada dificultando a análise das estruturas.
- Não se observam fraturas de forma clara
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

8

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB: 6435

Dr. Victor Brito
CRM/PB: 6044

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



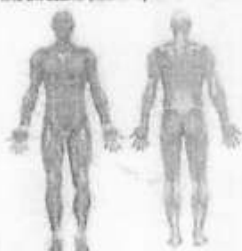
15/07/2019

HTCG-Pront. Administrativo

GOVERNO
DA PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1944626 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0001-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Paciente: ARIIVALDO ALVES CEP: 58125600 Nascimento: 26/11/1978
Pereira Sexo: M Telefone:
Endereço: SÍTIO GERALDO Idade: 40 Anos: ZONA RURAL
Cidade: Alagoa Nova RG: Nº:
Nome da Mãe: CPF: Probatão:
Responsável: Data de Análise: 15/07/2019 CIV: 58415645
Estado Civil: CONVÊNIO: SUS
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 19:16:31

ORIS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abuso
2. Amputação
3. Anel
4. Contusão
5. Drenagem
6. Dor
7. Escoria
8. Empalme
9. Exatidão subcutânea
10. Enfiamento
11. Equívoco
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corrente
15. F. Corrente
16. F. Corrente
17. F. Corrente
18. F. Corrente
19. Fratura fechada
20. Fratura aberta
21. Hematoma
22. Injeção de medicamento
23. Laceração
24. Lesão térmica
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torção/patológico
28. Objeto penetrante
29. Oclusão
30. Paralisação
31. Punctura
32. Punctura
33. Punctura
34. Punctura
35. Sutura de ferimento
36. Sutura de ferimento

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada - % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID:

Pele queimada

15 07 19

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito, vítima de lesão de cabeça, apresentando lesão com fratura da base do crânio, lesão de abdômen com fratura da base da coluna, lesão de membros superiores com fratura da base da coluna, lesão de membros inferiores com fratura da base da coluna.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (x) Fotorreagentes (x) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glaxgow 15 PA HGT: 152

A. Visão: visão normal, com visão normal, B. Boa coordenação e

resposta reflexa, C. Estado hemodinâmico: D. ECG: 15

Pulso: 120 batimentos por minuto, E. Saturação: 98% e a

EXAMES SOLICITADOS: com exame de urina e exame de sangue

() Laboratoriais () Radiografia: ()

() Radiografia: ()

() Radiografia: ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: OBSTETRICIA / de 19 30 Dia / /

Especialista: / de / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

[Assinatura]

RAIO X
REALIZADO EM:
15/07/2019

10.1.145/projetohg/engredm/ptu7combr=1944626&dataatend=2019-07-15&horatend=19:16:31

1/3



DT: JAC @ CPA (TM)

2-17-0

2. Qualifikation

2. Jan. 10, 1965

4-10-2014

5 RTA de grupo de a

15/07/19

C - for final

Parit est of Parotianianant
 Sp. geyxan. phobanino-tonigian

1301. Translator, Aff. NYC - Att 9/6A

12. (A) Alta de língua
ferr.

12-22-11 10:00 AM
WASH STATE
SUBS-1

☐ Centro cirúrgico _____ ☐ Alta hospitalar ☐ J. A. Cavalini
☐ Planejamento hospitalar _____ ☐ Departamento Médico
☐ Transmissão a outros SETORES do HOSPITAL _____ ☐ J. BORDO

Ass. da pol. civ. ou esp. (só quando necessário)

SERVICES REALIZING:

CÓDIGO-PRODUCTO

END

JDADG

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho



PACIENTE: ARIOVALDO ALVES PEREIRA

DATA DO EXAME: 15.07.2019

RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seio costofrênico direito sem alterações. Seio costofrênico esquerdo de avaliação prejudicada por limitação técnica na aquisição da imagem.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Adriana Jeunon
CRM/PB: 7088

Dra. Marcella Farias
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

9



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 CONSTITUIÇÃO DO PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

NOME
 ARIONALDO ALVES PEREIRA

DOCUMENTOS / OBSERVAÇÕES
 2329745 SSP PB

CNPJ
 044.834.444-09

DATA NASCIMENTO
 26/11/1978

PLAÇA
 ARNALDO ALVES DE LIMA

MARIA LUCIA PEREIRA

PERMISSÃO
 ACB CAZAR

VALIDADE
 05/04/2023

1ª EMISSÃO
 17/08/2012

2ª EMISSÃO
 04/07/2018

49140089663
PR036642126

PARAÍBA

1656442078



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201919931
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000 RENAVAM 000 ANO EXERCÍCIO
1 0018180519-7 00/00000000 2018

NOME
ARIONALDO A PEREIRA

CPF / CNPJ 04483444409 PLACA MMZ1120/PB

PLACA ANT / UF AS590 PB CHASSI 9C2JC1801PRR02228

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 125 TODAY 1993 1994

CAP / POT / CL CATEGORIA COR PREC DOMINANTE
2 P/11 /CV PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA	VENCI. COTA ÚNICA	VENCI. COTAS
00/00/0000	1º	
FADA LIMA	PARCELAMENTO / COTAS	2º
*****		3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 29/10/2018

OBSERVAÇÕES
REST. BEN. TRIBUTARIO

LOCAL DATA
LAGOA NOVA-PB 30/10/2018

35351 15520

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

PB Nº 014201919931 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 30/10/2018

VIA 04483444409 PLACA MMZ1120/PB

RENAVAM 0181805197 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TODAY

ANO FAB 1993 DATA 9 Nº CHASSI 9C2JC1801PRR02228

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 29/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.243.608/0001-04

15520-1111203-20181030



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601963 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º E 3º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.01/

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371573/19

Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA

CPF: 044.834.444-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARIONALDO ALVES PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARIONALDO ALVES PEREIRA : 044.834.444-09

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: 24/10/2019
Nome: ARIONALDO ALVES PEREIRA
CPF: 044.834.444-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ARIONALDO ALVES PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190601963

Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARIONALDO ALVES PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15012988





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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190601963 Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA

Data do Acidente: 15/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ARIONALDO ALVES PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 15/07/2019, emitido pelo Dr. JARBAS FONSECA CRM nº 10302 - PB, da Instituição *****, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00225/00226 - carta_31 - INVALIDEZ

00050113



Carta nº 15041207





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

037J573/J9

3 - CPF da vítima:

044839444-09

4 - Nome completo da vítima:

Arionaldo Alves Pereira

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

5 - Nome completo:

Arionaldo Alves Pereira

6 - CPF:

044839444-09

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Srta. Geraldo do Louro

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

JO CIO

11 - Bairro:

JO CIO UNIVON

12 - Cidade:

Alagoinha NVA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58125-000

15 - E-mail:

8333341289

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:

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\$1.000,00 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 POLIPARCA (Gerenciada por um banco, agência, instituição financeira)

☐ CONTA CORRENTE (Instituição financeira)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0041

CONTA: 00558550

9

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 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 AUTENTICIDADE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONTESTAÇÃO 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 (assinatar 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 acima citado, 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 (ou Viú)

☐ Divorçado

☐ 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 (se nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

35 - Notar legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Campina Grande PB 24/10/2019

Arionaldo Alves Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:42:34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314423392900000036588071

Número do documento: 21011314423392900000036588071

Num. 38365169 - Pág. 14



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
12ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE SÃO SEBASTIÃO LAGOA DE ROÇA
Rua José Rodrigues Coura, s/n.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre ACIDENTE DE TRANSITO

Hora e data do fato: Às 18:15, do dia 15 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 11:04, do dia 14 de outubro de 2019.

Local do Ocorrido: SITIO CAMUCA, BR 104, ZONA RURAL, S.S DE LAGOA DE ROÇA-

COMUNICANTE: ARIONALDO ALVES PEREIRA, do sexo masculino, nascido no dia 26/11/1978, com 40 anos de idade, ID: 2329768 SSPPB, CPF: 044.834.444-09, AGRICULTOR, filho de AGNALDO ALVES DE LIMA e de MARIA LUCIA PEREIRA, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de ALAGOA NOVA, BRASILEIRA, residente na SITIO GERALDO DE BAIXO, bairro ZONA RURAL, na cidade de ALAGOA NOVA, PB

VÍTIMA: O PROPRIO COMUNICANTE,

TESTEMUNHAS: LIDIANE TEIXEIRA DE MELO, ID: 3873316 SSPPB, CPF: 113.036.854-85, residente na SITIO GERALDO DE BAIXO, bairro ALAGOA DE BAIXO, na cidade de ALAGOA NOVA. MARIA DE FATIMA FIRMINO DE LIMA, ID: 2432650 SSPPB, residente na SITIO GERALDO, bairro ZONA RURAL, na cidade de ALAGOA NOVA.

ACUSADO(S): PREJUDICADO

HISTÓRICO: QUE no dia quinze de Julho do corrente ano estava conduzindo sua motocicleta uma HONDA/CG 125 TODAY, PLACA MMZ 1120/PB, COR VERMELHA, ANO/MODELO 1993/1994, CHASSI 9C2JC1801PRR02228, quando ao pela BR 104 mas precisamente no Sitio Manguape da Zona Rural da cidade S.S de Lagoa de Roça teria colidido com um animal que acredita ser um cavalo; QUE devido a colisão caiu ao solo tendo sofrido escoriações na perna esquerda, braço e no ombro direito sofreu uma luxação; QUE foi socorrido pelo SAMU da cidade de Lagoa de Roça e sendo encaminhado para o Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande que foi atendido e liberado neste mesmo dia; QUE devido ao acidente esta fazendo acompanhamento médico; QUE relata sentir muita dores.

AUTORIDADE

MARIA DO SOCORRO DA SILVA

COMUNICANTE

ARIONALDO ALVES PEREIRA

ESCRIVÃ

DUCINEIA BARBOSA LUNA "ad hoc"



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **037J573/J9** 3 - CPF da vítima: **044839444-09** 4 - Nome completo da vítima: **Arionaldo Alves Pereira**

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

5 - Nome completo: **Arionaldo Alves Pereira** 6 - CPF: **04483944409**
7 - Profissão: **Sr. Geraldo do bonço** 9 - Número: **SIN** 10 - Complemento: **JO CID**
11 - Bairro: **JO CID. UNIVON** 12 - Cidade: **Alagoinha NVA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58125000**
15 - E-mail: **8333341289**

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: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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 POLIPANCA (Gerenciada por um banco, agência, Agência de uma agência)

☐ CONTA CORRENTE (Beneficiário titular)

☐ Rendimento (RDP) ☐ Renda (RMI)

Nome do BANCO:

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

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **00558550** 9

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 AUTENTICIDADE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONTESTAÇÃO 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 (assinatar 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 acima citado, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (se nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado
35 - Notar legível de quem assina a requisição
36 - CPF legível de quem assina a requisição
37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Campina Grande PB 24/10/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Arionaldo Alves Pereira**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190559582 Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA

Data do Acidente: 25/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ARIONALDO ALVES PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/06/2019, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 0000 - PB, da Instituição HOSP EMERGÊNCIA LUIZ GONZAGA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00289/00290 - carta_31 - INVALIDEZ

00060145



Carta nº 14945893





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
0338462139

3 - CPF da vítima:
044834444-09

4 - Nome completo da vítima:
Arionaldo Alves Pereira

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

5 - Nome completo:
Arionaldo Alves Pereira

6 - CPF:
04483444409

7 - Profissão:

8 - Endereço:
S. Rio Geraldo do Bayo

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

50 CIO. UNIVEN

12 - Cidade:

Alagoa Nova

13 - Estado:

AL

14 - CEP:

58125-000

15 - E-mail:

16 - Tel (fixo):
8333341289

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POLIPANCA (Presente para em bancos afiliações. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Incluso em Internet):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0041

CONTA: 00558550

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 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 à região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende à 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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (se houver)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 01/30/2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:42:34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314423438900000036588163

Número do documento: 21011314423438900000036588163

Num. 38365314 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ALAGOA
Rua Joaquim José do Vale, s/n - Centro - Alagoa Nova - 58125-000 - (83)

OCORRÊNCIA Nº 000810/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000810/19 registrada em 04/09/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos quatro dias do mês de setembro do ano de 2019, nesta cidade de Alagoa Nova, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ALAGOA NOVA, quando encontrava-se presente o Bel. MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:40 horas, compareceu o Sr. ARIONALDO ALVES PEREIRA, com 40 anos de idade, filho de AGNALDO ALVES DE LIMA e MARIA LÚCIA PEREIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA NOVA - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.329.768, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 04483444409, residindo à rua SÍTIO GERALDO DE BAIXO, bairro ZONA RURAL, na cidade de Alagoa Nova - PB.

Declarou que:

QUE o declarante afirma que no dia 25/06/2019, por volta das 05h00, quando saía de casa para ir trabalhar com sua moto Honda CG 125 Today, vermelha, 1993/1994, placa MMZ1120/PB, licenciada em seu nome, desequilibrou-se e a moto caiu por cima de seu pé, vindo a fraturar o pé. Tendo o declarante necessitado de socorro médico e imobilização do membro por duas vezes para correção da fratura sofrida. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expede a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova, Quarta-feira, 4 de Setembro de 2019

Arinaldo Alves Pereira

ARIONALDO ALVES PEREIRA

Declarante

Brunno Marcell

BRUNNO MARCELL

Escrivão





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: 0339462139 3 - CPF da vítima: 044834444-09 4 - Nome completo da vítima: Arnaldo Alves Pereira

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

5 - Nome completo: Arnaldo Alves Pereira 6 - CPF: 04483444409
7 - Profissão: 8 - Endereço: Srtº Geraldo de Lencastre 9 - Número: S/N 10 - Complemento: 50 CID
11 - Bairro: 50 CID UNIVEN 12 - Cidade: Alagoas Nova 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58125-000
15 - E-mail: 16 - Tel (0000): 8333341289

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

☒ CONTA POLIPANCA (Presente para em bancos afiliações. Anote a agência)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00558550 9

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 CONSTITUIÇÃO 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 01/30/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:42:34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131442343890000036588163

Número do documento: 2101131442343890000036588163

Num. 38365314 - Pág. 4

25/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



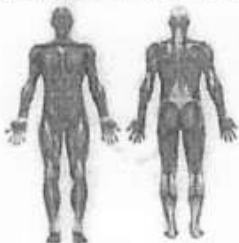
ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (I.E) Nº: 1928620 CLASS. DE RISCO: VERDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0034-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/06/2019
Boletim de Emergência (I.E) - Módulo 07 Acidente: acolhimento

PACIENTE: ARIONALDO ALVES PEREIRA CEP: 58125000 Nascimento: 26/11/1978
Endereço: SÍTIO SÃO JOSÉ Sexo: M Telefone: 981152657
Cidade: Alagoinha Idade: 90 Bairro: ZONA RURAL
Nome da Mãe: MARIA LUCIA PEREIRA RG: 2329768 Nº: 0
Responsável: CPF: Profissão: AGRICULTOR
Estado Civil: Casado(a) Data de Atendimento: 25/06/2019 CNIS: 708907774407111
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 10:09:24 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erifadma vulcânica
10. Enegramento
11. Equimose
12. A. Arma branca
13. A. Arma de fogo
14. P. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Certo-cortante
17. F. Perfuro-cortante
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura simples fechada
20. Fratura simples aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Pericite
32. Pericite
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Incontinência

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: *fratura de 2º e 3º MTT*

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Refere trauma direto no pé
há cerca de 1 dia
Ct. dor a palp.*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA
EQT: Sot02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: *AX*
() Gasometria arterial () Radiografias: *AX*
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / /

Dia: / /

Especialista: / /

Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>placa gesso</i>	
2	<i>AX</i>	
3	<i>AX</i>	
4	<i>AX</i>	
5	<i>AX</i>	
6	<i>AX</i>	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

CRICSONI, A. Marques
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
MEDICINA DE EMERGÊNCIA
CRM - 42302-0/PR
Rua: *449 - P. 101 SOT 7297*
Tel. (83) 3441-4556

10.1.1.146/projetohtcg/empreclassi.php?contar=1928620&dataatend=2019-06-25&horaatend=10:30:45

103



HTCC-Painel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

1. (Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL) _____ 1. (Cidade) _____

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEJIMENTO

CHD

TEMADE

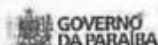
10.1.1.148/protocol/inspreclass.php?contar=1028620&dataatend=2019-08-25&horaatend=10:30:45

204



25/06/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0018-52
Rua: Maf. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/06/2019
Data: 25/06/2019
Paciente: ARNONALDO ALVES PEREIRA Idade: 948 N° ATEND: 1928620

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 25/06/2019 HORA: 10:30:45

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERDE

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
Suelio Moreira Torres

Suelio Moreira Torres
Enfermeiro

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1928620&dataatend=2019-06-25&horaatend=10:30:45

3/3





GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUIE
o trabalho

PACIENTE: ARIONALDO ALVES PEREIRA

DATA DO EXAME: 25.06.2019

RADIOGRAFIA DE PÉ

- Fratura transversa junto a base do segundo e terceiro metatarsos, sem desvio.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

14

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Adriana Jeunon
CRM/PB 7088


Dr. Victor Brito
CRM/PB 8044

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

NOME: **ARIONALDO ALVES PEREIRA**

DOE EXISTENTE / DOE ARREDORE Nº: **2229768** SSP **PB**

CPF: **044.834.444-09** DATA NASCIMENTO: **26/11/1978**

PAIÇÃO: **AGNALDO ALVES DE LIMA**

MARIA LUCIA PEREIRA

PERMANÊNCIA: **1000000000** ACB: **1000000000** CEMBA: **AD**

Nº REGISTRO: **05560981049** DATA: **05/04/2023** 1ª EMISSÃO: **17/08/2012**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1656442078

PROIBIDO PLASTIFICAR
1656442078

ASSINATURA DO PORTADOR: *Arinaldo*

DATA EMISSÃO: **04/07/2018**

ASSINATURA DO EMISSOR: *Arinaldo*

49140089663
P0036642126

PARAÍBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201919931
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0018180519-7 N.º LIC. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
ARIONALDO A PEREIRA

CPF / CNPJ 04483444409 PLACA MMZ1120/PB

PLACA ANT. / UF AS590 PB CHASSI 9C2JC1801PRR02228

ESPECIE TIPO EAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TODAY ANO FAB 1993 ANO MOD 1994

CAP. / POT. / CIL 2 P/11 /CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 00/00/0000 1ª VENC. COTA UNICA 2ª 3ª
FAIXA LIVRA PARCELAMENTO / COTAS
***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** ICF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 29/10/2018

OBSERVAÇÕES
REST. BEN. TRIBUTARIO

LOCAL ALAGOA NOVA - PB DATA 30/10/2018

35351 15520

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

PB Nº 014201919931 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 30/10/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 04483444409 PLACA MMZ1120/PB

RENAVAM 0181805197 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TODAY

ANO FAB 1993 CAT. 9 Nº CHASSI 9C2JC1801PRR02228

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** ICF (R\$) ***** REGULAÇÃO DO SEGURO (R\$) *****
SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 29/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.908/0001-04

15520-1111203-20181030





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Armando Alves Pereira CPF DA VÍTIMA 044.834.444-09
DATA DO ACIDENTE 25/04/2019
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Armando Alves Pereira
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Armando Alves Pereira
ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio opaldo da Jurema
Nº 514 COMPLEMENTO BAIRRO SD. CID. UNIV.
CIDADE Alagoas UF AL CEP 58.128.000
E-MAIL Armando@alagoas.com.br TELEFONE (85) 33.341289

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 CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 É 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO 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 CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 GRANTIDADE 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04/10/2019

IDENTIDADE Armando Alves Pereira

ASSINATURA Armando Alves Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 04/10/2019 MATR. CORREIOS 00000000000000000000

NOME Armando Alves Pereira

ASSINATURA Armando Alves Pereira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559582 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º E 3º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338462/19

Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA

CPF: 044.834.444-09

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2019

Titular do CPF: ARIONALDO ALVES PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARIONALDO ALVES PEREIRA : 044.834.444-09

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: 01/10/2019
Nome: ARIONALDO ALVES PEREIRA
CPF: 044.834.444-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ARIONALDO ALVES PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

