

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2016

Carta nº: 9123237

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

**Sinistro:** 3160270494 ASL-0856052/16  
**Vitima:** MARIA JOSE DA SILVA  
**Data Acidente:** 09/11/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2016

Carta nº: 9136130

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0856052/16  
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA  
Data Acidente: 09/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar infor. incorretas
- Documentos de identificação infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2016

Carta nº: 9684693

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0856052/16  
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA  
Data Acidente: 09/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2016

Carta nº: 9828868

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0856052/16  
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA  
Data Acidente: 09/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 3.307,50

Banco: 104

Agência: 0000044

Conta: 0000089058-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.307,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

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

Sinistro: **3160270494 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA JOSE DA SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **SIT IPIOCA DE CIMA nº 00 - AREA RURAL - ITAPOROROCA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1987777 - SSP**  
Data local do exame: **23/09/2016 JOAO PESSOA/PB**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DE TÍBIA DIREITA**  
**FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**FRATURA DE TÍBIA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE.**  
**FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA TRATADOS COM SUTURAS LOCAIS EM 1º E 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE.**  
**DEFORMIDADES ANATÔMICAS, PSEUDO ARTROSE, DESVIOS DE EIXO, ATROFIA DO 1º E 2º QUIRODÁCTILO, DÉFICIT FUNCIONAL DA ABERTURA, FECHAMENTO E APREENSÃO DA MÃO ESQUERDA.**

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

**MÃO ESQUERDA**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**PB - JOAO PESSOA, 23/09/2016**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM: 2732 PB**

João Fernandes de Sousa  
CRM 2013

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENI



AT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria José da Silva  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.987.777 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 31/01/2008  
 CPF 71469195404 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Merendeira  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 884,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria José da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 89058-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Itapetininga 14 de Abril

LOCAL E DATA

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Adriana Cirne Aragão

Data:



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a Tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransleio.com.br](http://www.dpvatsegurodotransleio.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

MARIA JOSE DA SILVA  
SIT. FLORESTA DE CIMA, S/N. - ARSA. RURAL  
ITAPORORÓCA/PE CEP: 58275-000 (AG: 14)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 18 - 17 - 485 - 2380  
Número: 00000000-164

ENERGISA PARAIBA - OS. ASSOCIAÇÃO DE ENERGIA S/A  
R. 200, Km 28 - C/da Residencial - J. 6 - Pessoa - PB - CEP: 58071-400  
CNPJ: 08.183.106/01-40 - Ins. Est. 10.015.923-11

Módulo de Cálculo de Energia: F. 11.001.0001.200.003  
Código para Dúvidas: 0000338467

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/335245-7**  
Canal de contato

Fev / 2016

Apresentação

28/02/2016

Data prevista da próxima leitura

30/03/2016

CPF / CNPJ / RANI

71468125-04  
Ins. Est.

Faturas em atraso

04/02/2016 18,71  
05/02/2016 24,31  
07/12/2015 19,25  
08/11/2015 18,08

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 29/01/16 Leitura: 7578	Data: 28/02/16 Leitura: 7581		3	31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo da Distribuição			13,54
Adic. B. Veimake			0,04
PIS			0,16
COFINS			0,37
LANÇAMENTO DESER. DOB			-0,08
COMPENS. FUND. C/UF - 14.10.2015			4,84
BEM SEGURO FÁCIL - ADE 02/2015			

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/16	0
Feb/16	17
Mar/16	0
Abr/16	30
Mai/16	12
Jun/16	29
Jul/16	22
Ago/16	11
Sep/16	12
Out/16	33
Nov/16	0
Dez/16	61

Média dos últimos meses

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	0,00	0,00	- 0,00
PIS	14,58	1,3000	0,19
COFINS	14,58	8,0000	0,9

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

07/03/2016

R\$ 18,19

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

28/04/2016

*[Assinatura]*





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENI



0014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Marcia Jose da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 1.987.777EXPEDIDO POR SSD51RBEM 31/01/2008CPF 73469105904 /CNPJE RENDA MENSAL DE R\$ 884,00

(\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcia Jose da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Suspep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: JINSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF, aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044Nº da CONTA (com dígito, se existir) 89058-0

OP 013

89058-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Itapora, 14 de Abril de 2016

LOCAL E DATA

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Adriana Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

CG  
CORRETORA

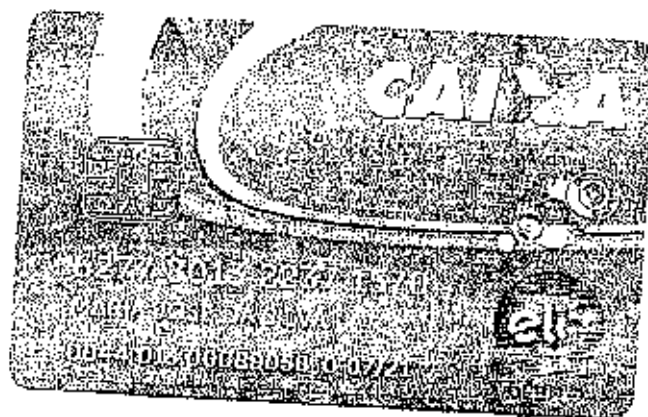
25 JUL 2016

DPVAT/PB

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AG 0044 OP 013

CIP 89058-D

CG  
CORRETORA

25 JUL 2016

DPVAT/PB



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº. 0079/2016

Aos 09 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **WENDER GOMES BORGES DE ARAUJO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) Leonardo Souza L S do Nascimento, aí, por volta 09h:20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**MARIA JOSÉ DA SILVA**, conhecido por NANA, Identidade nº 1.987.777-SDS/PB, CPF nº 714.691.254-04, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: merendeira, filho(a) de Manoel Francisco Da Silva E De Luiza Maria Da Conceição, natural de Itapororoca/PB, nascido(a) em 22/01/1959, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Ipioca De Baixo nº s/n, bairro zona rural - Itapororoca/PB, tendo como ponto de referência: antes do restaurante La Espanhola sentido Mamanguape, na cidade de Itapororoca/PB, fone(s) para contato: (83)- 98889-7328.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 09 de 11 de 2015;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: Na Curva Da Ladeira Da Ipioca nº s/n, bairro zona rural - Itapororoca/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? VÍTIMA - NÃO CONDUZIA O VEÍCULO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO ENCONTRADO

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

NÃO ENCONTRADO

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**MARIA LUIZA DA SILVA - SÍTIO IPIOCA DE BAIXO - ZONA RURAL - ITAPOROROCA/PB, CELULAR REC 98889.7328 REC CARLOS**

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

A NOTICIANTE CAMINHANDO NA PB 057 SENTIDO MAMANGUAPE PROXIMO A LADEIRA DA LA ESPANHOLA COM SUA IRMÃ MARIA LUIZA DA SILVA QUANDO UMA MOTO QUE TRAFEGAVA SENTIDO ITAPOROROCA NÃO CONSEGUIU FAZER A CURVA E ATINGIU A NOTICIANTE, FUGINDO EM SEGUIDA, A NOTICIANTE NÃO OBSERVOU A PLACA DA MOTO, MAS INFORMA QUE SE TRATAVA DE UM MOTO TAXI DE MAMANGUAPE, MOTO VERMELHA, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR UM CONHECIDO DA VÍTIMA CHAMADO DE "NEGO" EM SEU PRÓPRIO CARRO PARA O HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE.

**9) OBSERVAÇÕES:**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(o) que digitei.

*Maria José da Silva*

MARIA JOSÉ DA SILVA

Comunicante

*Leonardo Souza L S do Nascimento*

Leonardo Souza L S do Nascimento  
APC Matrícula nº 181978-0

**CARTÓRIO QUINTÃO**

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Endereço: Rua da Constituição, 100 - Centro - Itapororoca - PB - CEP: 58100-000

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé: (Art. 366-III do CPC)

Itapororoca/PB-09/03/2016

Selo Digital: AC177486-RRJX

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Adriana Cirne Aragão

35/04/2016

*Adriana Cirne Aragão*



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº 0079/2016

Aos 09 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **WENDER GOMES BORGES DE ARAÚJO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) **Leonardo Souza L S do Nascimento**, ai, por volta 09h:20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**MARIA JOSÉ DA SILVA**, conhecido por NANA, Identidade nº 1.987.777-SDS/PB, CPF nº 714.691.254-04, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: merendeira, filho(a) de Manoel Francisco Da Silva E De Luiza Maria Da Conceição, natural de Itapororoca/PB, nascido(a) em 22/01/1959, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Ipioca De Baixo nº s/n, bairro zona rural - Itapororoca/PB, tendo como ponto de referência: antes do restaurante La Espanhola sentido Mamanguape, na cidade de Itapororoca/PB, fone(s) para contato: (83)- 98889-7328.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 09 de 11 de 2015;
- 3) HORÁRIO: 14h:00min;
- 4) LOCAL: Na Curva Da Ladeira Da Ipioca nº s/n, bairro zona rural - Itapororoca/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? VÍTIMA - NÃO CONDUZIA O VEÍCULO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO ENCONTRADO

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

NÃO ENCONTRADO

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**MARIA LUIZA DA SILVA - SÍTIO IPIOCA DE BAIXO - ZONA RURAL - ITAPORORÓCA/PB, CELULAR REC 98889-7328 REC CARLOS**

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

A NOTICIANTE CAMINHANDO NA PB 057 SENTIDO MAMANGUAPE PROXIMO A LADEIRA DA LA ESPANHOLA COM SUA IRMÃ MARIA LUIZA DA SILVA QUANDO UMA MOTO QUE TRAFEGAVA SENTIDO ITAPORORÓCA NÃO CONSEGUIU FAZER A CURVA E ATINGIU A NOTICIANTE, FUGINDO EM SEGUIDA, A NOTICIANTE NÃO OBSERVOU A PLACA DA MOTO, MAS INFORMA QUE SE TRATAVA DE UM MOTO TAXI DE MAMANGUAPE, MOTO VERMELHA, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR UM CONHECIDO DA VÍTIMA CHAMADO DE "NEGO" EM SEU PRÓPRIO CARRO PARA O HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE.

**9) OBSERVAÇÕES:**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(o) que digitei.

*Maria José da Silva*

MARIA JOSÉ DA SILVA

Comunicante

Leonardo Souza L S do Nascimento

APC Matrícula nº 181978-0

CG  
CORRETORA

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

CARTÓRIO QUINTEAO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - Itapororoca - PB - CEP: 58100-000

AUTENTICAÇÃO  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original  
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 366 - III da OFC)

Itapororoca/PB-09/03/2016

Selo Digital AC177486-RR-JX

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.pb.jus.br>

Adriana Cirne Aragão  
33/04/2016

*Adriana Cirne Aragão*

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Jose da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.987.777 e inscrito no CPF/MF sob o nº 739.691.254-04, residente e domiciliado na Sítio Jeioica de Cima Sine - Área Rural Cidade Itaporonoca, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Jose da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Itaporonoca PB. 14/04/2016

Local e data

Adriana Cirne Aragão  
Data: 25/04/2016

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Jose da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.987.777 e inscrito no CPF/ME sob o nº 739.691.254-04, residente e domiciliado na Sítio Jeioica de Cima Sine - Área Rural Cidade Itaporonoca, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Jose da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Itaporonoca PB. 14/04/2016

Local e data

Adriana Cirne Aragão  
Data: 25/04/2016

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Jose da Silva, portador da carteira de  
Identidade nº 3.987.777 e inscrito no CPF/MF sob o nº 734.693.254-04  
residente e domiciliado na Sítio Ipioca de Cima Sine - Área Rural  
Cidade Itaporonoca Estado PB declaro, sob as penas da lei, que  
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de  
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de  
prova do Seguro DPVAT; ou  
☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo  
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de  
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração  
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico  
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a  
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº  
6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia  
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu  
conteúdo.

Maria Jose da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

CG  
CORRETORA  
25 JUL. 2016  
DPVAT/PB

Itaporonoca PB. 14/04/2016

Local e data

LIDERANÇA DE SEGUROS LTDA  
Adriano Cirne Aragão  
Data: 25/04/2016  
(Assinatura)

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Jose da Silva, portador da carteira de  
Identidade nº 3.987.777 e inscrito no CPF/MF sob o nº 734.693.254-04  
residente e domiciliado na Sítio Ipioca de Cima Sine - Área Rural  
Cidade Itaporonoca Estado PB declaro, sob as penas da lei, que  
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de  
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de  
prova do Seguro DPVAT; ou  
☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo  
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de  
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração  
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico  
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a  
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº  
6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia  
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu  
conteúdo.

Maria Jose da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

CG  
CORRETORA  
25 JUL. 2016  
DPVAT/PB

Itaporonoca PB. 14/04/2016

Local e data

LIDERANÇA DE SEGUROS LTDA  
Adriano Cirne Aragão  
Data: 25/04/2016  
(Assinatura)





# BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE BAM: 01155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/11/15 HORA DO ATENDIMENTO: 15:01

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MARIA JOSÉ DA SILVA

CARTÃO DO SUS: 898004607185442

NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959

IDADE: 56 Anos (s)

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO: ipiocá s/n - ZONA RURAL -

MUNICÍPIO ITAIOBOROÇA

TEL.: 6738-0066

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*ritmo e aprofundamento  
com queixa de dor em  
e joelho D.*

## EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

*rx joelho D  
rx femur D  
rx resultado eq*

*rx joelho esquerda fratura  
incompleta de longo fêmur e epifise*

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

*fratura  
da fêmur*

*docto fêmur longo em...*

UNIDADE GERAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA GERAL  
FONE: 6738-0027

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

*Adp*

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
CIRURGIA GERAL  
CRM-PB 5614  
Médico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
CIRURGIA GERAL  
CRM-PB 5614  
Médico Atia



# BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE BAM: 01155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/11/15 HORA DO ATENDIMENTO: 15:01

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MARIA JOSÉ DA SILVA

CARTÃO DO SUS: 898004607185442

NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959

IDADE: 56 Anos (s)

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO: ipiocá s/n - ZONA RURAL -

MUNICÍPIO ITAIOBOROÇA

TEL.: 6738-0066

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*ritmo e aprofundamento com  
com queda e com em mal equis  
e joelho D.*

## EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

*rx joelho D  
rx femur D  
rx resultado eq*

*rx joelho esquerda fratura  
incompleta da longa femur e epifise*

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

*fratura  
da femur*

*docto funoes long em*

RECIBO DE PAGAMENTO  
Nº 000.274

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

*Adp*

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 5614  
Médico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 5614  
Médico Atia



(ATO) BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE RAM: 81155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/11/15 HORA DO ATENDIMENTO: 15:01

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MARIA JOSE DA SILVA  
NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO  
DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959 IDADE: 56 Ano(s) SEXO: FEMININO  
PROFISSÃO:  
ENDEREÇO: Ipioca s/n - ZONA RURAL -  
MUNICÍPIO ITAPORORÓCA  
CARTÃO DO SUS: 898004507185442  
ESCOLARIDADE:  
TEL: 8738-0056

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Atena e alto filamento  
em queda e com em mais alguns  
e fômites*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

*2x joelho D  
2x joelho S  
2x joelho S*

CG  
CORRETORA  
25 JUL. 2016  
DPVAT/PB

RESULTADOS

*2x joelho esquerda fratura  
incompleta de longa fenda e epifise*

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

*Docto fmoos*

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriano Cirne Aragão  
Data: 25/04/2016

*pop*

UNIDADE DE ATENDIMENTO  
FICHA DE ATENDIMENTO  
09/11/15 15:01

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 6614  
Médico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 6614  
Médico Atia



(ATO) BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE RAM.: 81155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/11/15 HORA DO ATENDIMENTO: 15:01

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MARIA JOSE DA SILVA  
NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO  
DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959 IDADE: 56 Ano(s) SEXO: FEMININO  
PROFISSÃO:  
ENDEREÇO: Ipioca s/n - ZONA RURAL -  
MUNICÍPIO ITAPORORÓCA  
CARTÃO DO SUS: 898004507185442  
ESCOLARIDADE:  
TEL.: 8738-0056

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Atena e alto filamento  
em queda e com em mais alguns  
e fômites*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

*2x joelho D  
2x joelho S  
2x joelho S*

CG  
CORRETORA  
25 JUL. 2016  
DPVAT/PB

RESULTADOS

*2x joelho esquerda fratura  
incompleta de longa fíbula e epífise distal  
da fíbula*

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

*Docto fômites*

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriano Cirne Aragão  
Data: 25/04/2016

*pop*

UNIDADE DE ATENDIMENTO  
FICHA DE ATENDIMENTO  
09/11/15 15:01

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 6514  
Médico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 6514  
Médico Atia

# 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: 28/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.307,50

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

CLIENTE: MARIA JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000089058-0

---

Nr. da Autenticação DAAD3FC8820F9D79



\*0016\*

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José da SilvaRG nº 1.987.777, data de expedição 31/03/2008, Órgão SSD SIBB,CPF nº 734.691.264-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ipioca de Cima</u>
Número	<u>51º</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Itapororoca</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58275-000</u>
Telefone de Contato	<u>83 9919.8844</u> <u>83 99682.5221</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapororoca/PB - 14/04/2016Assinatura do Declarante: Maria José da Silva

CG CORRETORA DE SEGUROS, LTD.-

Adriana Cirne Aragão

Data: 30/04/2016



## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Maria Jose da Silva

DATA DO ACIDENTE 09/11/2015 CPF DA VÍTIMA 714.691.254-04

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Ipioca de Cima

Nº 519º COMPLEMENTO BAIRRO Área Rural

CIDADE Itaponoroca UF PB CEP 58275-000

E-MAIL TELEFONE (PB) 98889.7328

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 BO-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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 DE 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- 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.MBMDPVAT.COM.BR](http://WWW.MBMDPVAT.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/04/2016

CPF 714.691.254-04

ASSINATURA Maria Jose da Silva

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 31/04/2016

NOME Adriana Cirne Araújo

ASSINATURA



\*0016\*

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José da SilvaRG nº 1.987.777, data de expedição 31/03/2008, Órgão SSD SIBB,CPF nº 734.691.264-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ipioca de Cima</u>
Número	<u>51º</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Itapororoca</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58275-000</u>
Telefone de Contato	<u>83 9919.8844</u> <u>83 99682.5221</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapororoca/PB - 14/04/2016Assinatura do Declarante: Maria José da Silva

CG CORRETORA DE SEGUROS, LTD.-

Adriana Cirne Aragão

Data: 30/04/2016





## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Maria Jose da Silva

DATA DO ACIDENTE 09/11/2015 CPF DA VÍTIMA 714.691.254-04

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Ipioca de Cima

Nº 519º COMPLEMENTO BAIRRO Área Rural

CIDADE Itaponoroca UF PB CEP 58275-000

E-MAIL TELEFONE (PB) 98889.7328

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 BO-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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 DE 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- 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.MBMDPVAT.COM.BR](http://WWW.MBMDPVAT.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/04/2016

CPF 714.691.254-04

ASSINATURA Maria Jose da Silva

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 31/04/2016

NOME Adriana Cirne Araújo

ASSINATURA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcia Jose da SilvaRG nº 1.987.777, data de expedição 31/03/2008, Órgão SSD 5128CPF nº 734.691.254-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Sítio Ipioca de Cima	
Número	5110	
Apto / Complemento		
Bairro	Área Rural	
Cidade	Itapononoca	
Estado	PB	
CEP	58275-000	
Telefone de Contato	83 9919.8844	83 99682.5221
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapononoca/PB - 14/04/2016Assinatura do Declarante: Marcia Jose da SilvaCG  
CORRETORA

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

CG CORRETORA DE SEGUROS CIG-

Adriana Cirne Aragão

DATA: 25/04/2016



Acta Facultad de la Dada / Fecha: 1900-200-028  
Código para el libro de Actas: 00000000000

UC (Unidade Consumidora): 6/335245-7

Feb / 2016

## Apresentação

Canal de contato

29/02/2016

Data prevista da  
próxima leitura

30/03/2018

CPT/ CNP/ RAN

71489175404  
Inst. 544

**Faturas em atraso**

04/02/2016	10,75
05/01/2016	24,31
07/12/2015	18,25
08/11/2015	18,00

**Abstract:**

Atual

Constante

Consumer

32

**Demonstrativo**

பொதுமக்கள்

Page 3

Valor (2003)

17,54

0.18

४३१

QAR

4,89

Historico de Consumo  
(kWh)

Jan/18	0
Oct/15	17
Nov/15	8
Oct/15	29
Sept/15	12
Aug/15	28
July/15	22
June/15	11
May/15	12
April/15	33
March/15	0
Feb/15	21

\_\_\_\_\_

	BASE DE CÁLCULO	ALÍCUOTA	VALORES
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	14,53	1,2000	0,17
COFINS	14,53	0,0000	0,00
<b>TOTAL</b>			<b>0,17</b>

VENCIMENTO  
07/03/2016

**TOTAL A PAGAR**

**R\$ 18,19**

CG  
CORRETORA

25 JUL 2016

DPVAT/PB

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Date: 25/04/2016

pdf

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José da SilvaRG nº 1.987.777, data de expedição 31/03/2008, Órgão SSD 5128CPF nº 734.691.254-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Sítio Ipioca de Cima	
Número	5110	
Apto / Complemento		
Bairro	Área Rural	
Cidade	Itaporonoca	
Estado	PB	
CEP	58275-000	
Telefone de Contato	83 9919.8844	83 99682.5221
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaporonoca/PB - 14/04/2016Assinatura do Declarante: Maria José da SilvaCG  
CORRETORA

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

CG CORRETORA DE SEGUROS CIG-

Adriana Cirne Aragão

DATA: 25/04/2016





## BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA

PROCEDIMENTO - Descrição:

*1 - 811, 5000*

DIAGNÓSTICO:

*Fra fraca com um platô e  
h 612 próxima*

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA  
☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO ☐ ÓBITO ☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ INTERNAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

MOTIVO DA ALTA:

☐ ALTA HOSPITALAR ☐ ALTA À REVELIA ☐ EVADIU-SE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

*Dr. Miguel Neves de S. Almeida*  
*CRM 10412*

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

UNIAO DE SEGUROS LTDA

Mariano Cirne Aragão

25/04/2016

*[Signature]*

GOVERNO  
DA PARAIBA

# HGM

HOSPITAL GERAL  
DE MAMANGUAPE

Rua: Walfrido de Almeida e Silva, S/N. - Areal - Telefone: (83) 3292-9050  
Mamanguape - PB - Brasil CEP: 58280-000  
CNPJ: 08.778.268/0054-72

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

*Ms Jan 22 56 Cms*

Seremto:

*rx 30ml D AP 1ml G*  
*rx 30ml D AP 1ml G*  
*rx 30ml D AP 1ml G*

*Rama*

CO. CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

*25/04/2016*

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
CIRURGIÁ GERAL  
CRM-PB 6814

DATA:

*09/10/15*

MÉDICO - CRM

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE - PB

PACIENTE: MARIA JOSE DA SILVA

DATA DE NASC.: 22/04/1958

USUÁRIO: nathalia

IDADE: 56 anos, 9 meses e 18 dias

NÚMERO DO BAM: 81455

DATA DO ATD.: 09/11/15 15:01

**CLASSIFICAÇÃO**

CLASSIFICAÇÃO: VERDE

TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 27 min

FLUXO: FRATURAS, FERIMENTOS E CORTES

**SINAIS VITAIS**

FREQUÊNCIA CARDÍACA: 0 bpm

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA: 120 mmHg

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: 0 rpm

PRESSÃO ARTERIAL DIÁSTÓLICA: 80 mmHg

HEMOGLICOTESTE (HGT): 0

SATURACÃO (SP02): 0

COR DA PELE:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

TEMPERATURA CORPORAL: 0,00

ESCALA DE DOR: 2 LEVE

QUEIXA PRINCIPAL: ac. de moto, com dor e edema em msc 1º quirodactilo e mid joelho

ÍNDICE GLASGOW NÃO INFORMADO

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

35/04/2016

*[Assinatura]*

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
HOSPITAL GERAL  
MAMANGUAPE - PB 5614  
Médico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
HOSPITAL GERAL  
MAMANGUAPE - PB 5614  
Médico Atls



## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MARIA JOSÉ DA SILVA, 56 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 09/11/2015 as 15:01 horas, inscrito sob o BAM nº. 81155. Sua mãe chama LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

O referido paciente deu entrada no serviço após relato de atropelamento e com queixa de dor em mão E e joelho D. consciente e orientado. Glasgow 15. Feito medicamentos, Rx. Encaminhada para o serviço de referencia devido fratura de Tibia.

V29,9, T13,0

Mamanguape, 28/01/2016

Francilino R. Leite Rangel  
Endocrinologia & Metabologia  
CRMPS 8814-  
Francilino Rodrigues Leite Rangel

CG CORRETORES DE SEGUROS LTDA.

Adriana Cirne Aragão

Data:

23/04/2016

*(Assinatura)*

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MARIA JOSÉ DA SILVA, 56 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 09/11/2015 as 15:01 horas, inscrito sob o BAM nº. 81155. Sua mãe chama LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

O referido paciente deu entrada no serviço após relato de atropelamento e com queixa de dor em mão E e joelho D. consciente e orientado. Glasgow 15. Feito medicamentos, Rx. Encaminhada para o serviço de referencia devido fratura de Tíbia.

V29,9, T13,0

Mamanguape, 28/01/2016

Francilino R. Leite Rangel  
Endocrinologia & Metabologia  
CRM-PB 8814  
Francilino Rodrigues Leite Rangel

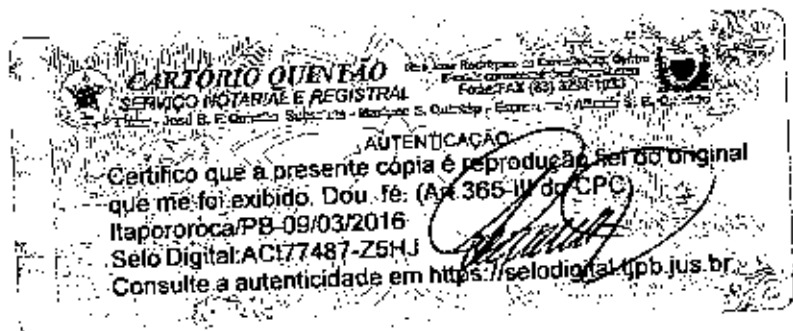
CG CORREYBA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

25/04/2016

*Adriana Cirne Aragão*



PREFEITURA DE  
**ITAPOROROCA**  
CIDADANIA PARA TODOS

ESTADO DA PARAIBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOROROCA  
SECRETARIA DE SAÚDE

### RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Maíre Jui de Sáb

Data:

14 / 3 / 2016

Prontuário:

- PSF do  
seu bairro

- Secretaria  
de Saúde  
do seu  
Município

Atesto para o  
deu de fim  
para o paciente  
Maíre Jui de  
Sáb e por fim  
impotência funcional  
da moa e por  
com isso  
o = produção  
esper

ITAPOROCA 14/3/2016  
Dr. Melina S. S. Silva

Dr. Wilson  
Médico  
CRM - PB 5484

CG CORRETORES DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

RDP



## BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA

PROCEDIMENTO - Descrição:

*1 - 811, 5000*

DIAGNÓSTICO:

*Fra fraca com um platô e  
h 612 próxima*

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA  
☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO ☐ ÓBITO ☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ INTERNAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

MOTIVO DA ALTA:

☐ ALTA HOSPITALAR ☐ ALTA À REVELIA ☐ EVADIU-SE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

*Dr. Miguel Neves de S. Almeida*  
*CRM 10412/PA*

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

UNIAO DE SEGUROS LTDA

*Mariano Cirne Aragão*

*25/04/2016*

*[Signature]*

GOVERNO  
DA PARAIBA

# HGM

HOSPITAL GERAL  
DE MAMANGUAPE

Rua: Walfrido de Almeida e Silva, S/N. - Areal - Telefone: (83) 3292-9050  
Mamanguape - PB - Brasil CEP: 58280-000  
CNPJ: 08.778.268/0054-72

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

*Ms Jan 22 56 Cms*

Seremto:

*rx 30ml D AP 1ml G*  
*rx 30ml D AP 1ml G*  
*rx 30ml D AP 1ml G*

*Rama*

CO. CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

*25/04/2016*

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
CIRURGIÁ GERAL  
CRM-PB 6814

DATA:

*09/10/15*

MÉDICO - CRM

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE - PB

PACIENTE: MARIA JOSE DA SILVA

DATA DE NASC.: 22/04/1958

USUÁRIO: nathalia

IDADE: 56 anos, 9 meses e 18 dias

NÚMERO DO BAM: 81455

DATA DO ATD.: 09/11/15 15:01

**CLASSIFICAÇÃO**

CLASSIFICAÇÃO: VERDE.

TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 27 min

FLUXO: FRATURAS, FERIMENTOS E CORTES

**SINAIS VITAIS**

FREQUÊNCIA CARDÍACA: 0 bpm

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA: 120 mmHg

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: 0 rpm

PRESSÃO ARTERIAL DIÁSTÓLICA: 80 mmHg

HEMOGLICOTESTE (HGT): 0

SATURACÃO (SP02): 0

COR DA PELE:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

TEMPERATURA CORPORAL: 0,00

ESCALA DE DOR: 2 LEVE

QUEIXA PRINCIPAL: ac. de moto, com dor e edema em msc 1º quirodactilo e mid joelho

ÍNDICE GLASGOW NÃO INFORMADO

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

35/04/2016

*[Assinatura]*

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
HOSPITAL GERAL  
MAMANGUAPE - PB 5614  
Médico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
HOSPITAL GERAL  
MAMANGUAPE - PB 5614  
Médico Atls

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MARIA JOSÉ DA SILVA, 56 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 09/11/2015 as 15:01 horas, inscrito sob o BAM nº. 81155. Sua mãe chama LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

O referido paciente deu entrada no serviço após relato de atropelamento e com queixa de dor em mão E e joelho D. consciente e orientado. Glasgow 15. Feito medicamentos, Rx. Encaminhada para o serviço de referencia devido fratura de Tibia.

V29,9, T13,0

Mamanguape, 28/01/2016

Francilino R. Leite Rangel  
Endocrinologia & Metabologia  
CRMPE 8814-  
Francilino Rodrigues Leite Rangel

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

Adriana Cirne Aragão

Data:

23/04/2016

*(Assinatura)*

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MARIA JOSÉ DA SILVA, 56 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 09/11/2015 as 15:01 horas, inscrito sob o BAM nº. 81155. Sua mãe chama LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

O referido paciente deu entrada no serviço após relato de atropelamento e com queixa de dor em mão E e joelho D. consciente e orientado. Glasgow 15. Feito medicamentos, Rx. Encaminhada para o serviço de referencia devido fratura de Tíbia.

V29,9, T13,0

Mamanguape, 28/01/2016

Francilino R. Leite Rangel  
Endocrinologia & Metabologia  
CRM-PB 8814  
Francilino Rodrigues Leite Rangel

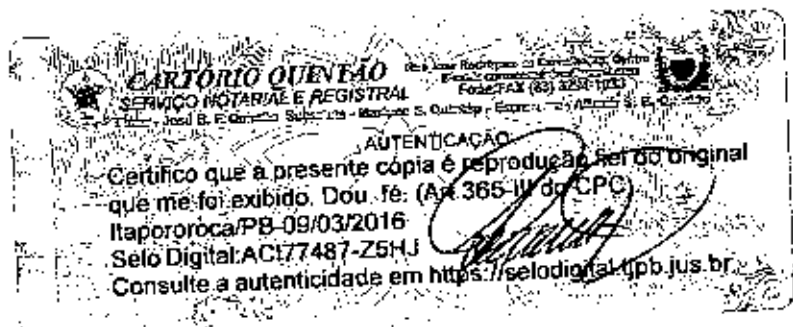
CG CORREYBA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

25/04/2016

*Adriana Cirne Aragão*





PREFEITURA DE  
**ITAPOROROCA**  
CIDADANIA PARA TODOS

ESTADO DA PARAIBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOROROCA  
SECRETARIA DE SAÚDE

### RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Maíre Jui de Sáb

Data:

14 / 3 / 2016

Prontuário:

- PSF do  
seu bairro

- Secretaria  
de Saúde  
do seu  
Município

Atesto para o  
deu de fim  
para o paciente  
Maíre Jui de  
Sáb e por fim  
impotência funcional  
da moa e por  
com isso  
o = produção  
esper

ITAPOROCA 14/3/2016  
Dr. Melina S. S. Silva

Dr. Wilson  
Médico  
CRM - PB 5484

CG CORRETORES DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

RDP

GOVERNO  
DA PARAIBA

**HGM**  
HOSPITAL GERAL  
DE MAMANGUAPE



# BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO

NÚMERO DE BAM: 81155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/14/15 HORA DO ATENDIMENTO: 15:01

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MARTA JOSE DA SILVA

NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

CARTÃO DO SUS:

898004507185442

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959

IDADE:

56. Ano (s)

SEXO:

FEMININO

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO: ipioca s/n - ZONA RURAL -

MUNICÍPIO ITAPORORÓCA

TEL: 8738-0656

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Historia de acidente de trânsito com queda de altura e lesão em membros inferiores*

## EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

*2x joelho D  
1x joelho E  
2x joelho E*

RESULTADOS:

*2x joelho com sinais de fratura incompleta de longa fratura e espessura*

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

*dois fracos*

*longa*

*im*

*fratura lateral*

LG CORRETORES DE SEGUROS ITDA

Adriano Cirne Aragão

09/14/2015

*Adp*

NOTA: OBRIGADO POR SEU ATENDIMENTO  
TEC. REGISTRO: 1000274

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 5514  
Médico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 5514  
Médico Alta



## BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA

PROCEDIMENTO - Descrição:

*1 - 816, 300*

DIAGNÓSTICO:

*Fratura cominada da  
1.ª fíbula proximal*

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

☒ PRESCRITA  
☐ APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO ☐ OBITO ☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ INTERNAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

MOTIVO DA ALTA:

☐ ALTA HOSPITALAR ☐ ALTA A REVELIA ☐ EVADIU-SE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) RESPONSÁVEL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

*Dr. Miguel Mendes de S. Neto*  
HOSPITAL GERAL  
CRIMÓR

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

CG  
CORRETORA

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

CA DE SEGUROS LTDA

União Cirne Aragão

25/04/2016

*[Signature]*

GOVERNO  
DA PARAIBA

**HGM**  
HOSPITAL GERAL  
DE MAMANGUAPE



# BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO

NÚMERO DE BAM: 81155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/14/15 HORA DO ATENDIMENTO: 15:01

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MARTA JOSE DA SILVA

NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

CARTÃO DO SUS:

898004507185442

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959

IDADE:

56. Ano (s)

SEXO:

FEMININO

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO: ipioca s/n - ZONA RURAL -

MUNICÍPIO ITAPORORÓCA

TEL: 8738-0656

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Historia de acidente de trânsito com queda de altura em via pública*

## EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

*2x Joelho D*  
*1x femur D*  
*2x resultados*

CG  
CORRETORA  
25 JUL. 2015  
DPVAT/PB

*2x Joelho esquerda fratura incompleta de longa fíbula e epífise distal*

## MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

*dois fracos longa im*

LG CORRETORES DE SEGUROS ITDA

Adriano Cirne Aragão  
09/14/2015

*Adp*

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 5514  
Médico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 5514  
Médico Alta



# BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA

PROCEDIMENTO - Descrição:

*1 - 816, 300*

DIAGNÓSTICO:

*Fratura cominada da tíbia proximal*

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- |   |                                     |                                     |   |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> PRESCRITA | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> OBITO      | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL |
| <input type="checkbox"/> APLICADA             | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> OUTROS         |

MOTIVO DA ALTA:

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> ALTA A REVELIA | <input type="checkbox"/> EVADIU-SE |
|--|---|------------------------------------|

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) RESPONSÁVEL(ES) - CARIMBO  
*Dr. Miguel Mendes de S. Neto*  
HOSPITAL GERAL DE NAMANGUAPE

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

CG  
CORRETORA  
25 JUL. 2016  
DPVAT/PB

UNION DE SEGUROS LTDA  
União Cirne Aragão  
25/04/2016  
*[Signature]*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DO PARANÁ  
 2ª via  
 DI-P 65

*Maria José da Silva*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.987.777 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2008

NOME MARIA JOSÉ DA SILVA

FILIAÇÃO MANOEL FRANCISCO DA SILVA  
 LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE: MATAPOROCÁ-PB DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959

ENDEREÇO: CASAM. N.2084 FLS.194 LIV.B05  
 CARTORIO MAMANGUAPE-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

330  
108

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Secretaria da Receita Federal

**CPF**

714.691.254-04

MARIA JOSÉ DA SILVA

22/01/1959

Cópia de documento autenticado  
 Deve ser apresentado junto com o documento de identidade

**BANCO DO BRASIL**

CG CORREIOS E SEGUROS LTDA

Adriano Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

*Adriano*

**CAIXA**

6277 8013 2237 1570

MARIA JOSE DA SILVA

0044 013 00089058-0 07/21

**elo**

**CAIXA**


6277 8013 2237 1570

MARIA JOSE DA SILVA

0044 013 00089058-0 07/21

**elo**

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Condições do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0856052/16  
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA  
CPF: 714.691.254-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/11/2015  
Titular do CPF: MARIA JOSE DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

MARIA JOSE DA SILVA : 714.691.254-04

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data: 25/04/2016  
Nome: MARIA JOSE DA SILVA  
CPF/CNPJ: 714.691.254-04

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 25/04/2016  
Nome: Adriana Cirne Aragão  
CPF: 885.178.454-04

MARIA JOSE DA SILVA

Adriana Cirne Aragão

CG CORRETORES DE SEGUROS LTDA  
Adriana Cirne Aragão  
Data: 25/04/2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DO PARANÁ  
 2ª via  
 DI-P 65

*Maria José da Silva*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.987.777 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2008

NOME MARIA JOSÉ DA SILVA

FILIAÇÃO MANOEL FRANCISCO DA SILVA  
 LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE: MATAPORÓCA-PB DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959

ENDEREÇO: CASAM. N.2084 FLS.194 LIV.B05  
 CARTORIO MAMANGUAPE-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

330  
108

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Secretaria da Receita Federal

**CPF**

714.691.254-04

MARIA JOSÉ DA SILVA

22/01/1959

Cópia de documento autenticado  
 Deve ser apresentado junto com o documento de identidade

**BANCO DO BRASIL**

CG CORREIOS E SEGUROS LTDA

Adriano Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

*Adriano*

**CAIXA**

6277 8013 2237 1570

MARIA JOSE DA SILVA

0044 013 00089058-0 07/21

**elo**

**CAIXA**

6277 8013 2237 1570


MARIA JOSE DA SILVA

0044 013 00089058-0 07/21

**elo**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Condições do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0856052/16  
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA  
CPF: 714.691.254-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/11/2015  
Titular do CPF: MARIA JOSE DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

MARIA JOSE DA SILVA : 714.691.254-04

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data: 25/04/2016  
Nome: MARIA JOSE DA SILVA  
CPF/CNPJ: 714.691.254-04

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 25/04/2016  
Nome: Adriana Cirne Aragão  
CPF: 885.178.454-04

MARIA JOSE DA SILVA

Adriana Cirne Aragão

CG CORRETORES DE SEGUROS LTDA  
Adriana Cirne Aragão  
Data: 25/04/2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO PARANÁ

2ª via  
DI-P 65

*Maria José da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.987.777 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2008

NOME MARIA JOSÉ DA SILVA

FILIAÇÃO MANOEL FRANCISCO DA SILVA  
LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

NACIONALIDADE NATURALIZADA

ESTADU PARANÁ

CASAM N. 2084 PLS. 194 LIV. B05

CARTÓRIO MAMANGUAPE-PB

DATA DO NASCIMENTO 22/01/1959

530  
423

ASSINATURA DO DIRETOR

0012

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

714.691.254-04

MARIA JOSÉ DA SILVA

27/01/1959

Cartão de identificação emitido por  
Data de emissão: 31/01/2008

BANCO DO BRASIL

CG CORRETORA DE SEGUROS ITOA

Adriana Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

*Adriana*

CAIXA

6277 8013 2237 1570

MARIA JOSE DA SILVA

0044 013 00089058-0 07/21

elo

CAIXA

6277 8013 2237 1570

MARIA JOSE DA SILVA

0044 013 00089058-0 07/21

elo

CG  
CORRETORA

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO PARÁ  
2ª via  
DI-P 65

*Maria José da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.987.777 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2008

NOME MARIA JOSÉ DA SILVA

FILIAÇÃO MANOEL FRANCISCO DA SILVA  
LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE  
PAPOROROCA-PB DATA DO NASCIMENTO 22/01/1959

CASAM N.2084 PLS.194 LIV.B05  
CARTORIO MAMANGUAPE-PB

530  
423

ASSINATURA DO DIRETOR

0012

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

714.691.254-04

MARIA JOSÉ DA SILVA

27/01/1959

Cartão de identificação emitido por  
Data de emissão: 31/01/2008

**BANCO DO BRASIL**

CG CORRETORA DE SEGUROS ITOA

Adriana Cirne Aragão  
Data: 25/04/2016

*Adriana*

**CAIXA**  
CORPORAÇÃO

6277 8013 2237 1570  
MARIA JOSE DA SILVA  
0044-013 00089058-0 07/21

**elo**

**CAIXA**  
CORPORAÇÃO

6277 8013 2237 1570  
MARIA JOSE DA SILVA  
0044 013 00089058-0 07/21

**elo**

CG  
CORRETORA

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160270494

**Cidade:** Itapororoca

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA JOSE DA SILVA

**Data do acidente:** 09/11/2015

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/09/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Jose da Silva

DATA DO ACIDENTE 09/11/2015 CPF DA VÍTIMA 714.691.254-04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR sítio Ipioca de Cima

Nº 512 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Área Rural

CIDADE Itapiporã UF PR CEP 58275-000

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (83) 9889.7328

### 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 REQUISIÁRIO 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

CG CORRETORA  
25 JUL 2016  
DPVAT/PR

### 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)
- ☐ O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - 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.MBMDPVAT.COM.BR](http://WWW.MBMDPVAT.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

### 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

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/01/2016

CPF 714.691.254-04

ASSINATURA Maria Jose da Silva

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME Adriano Elme Araújo

ASSINATURA [Assinatura]

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2016

Carta nº: 9136130

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0856052/16  
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA  
Data Acidente: 09/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 14/04/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 09/11/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar infor. incorretas
- Documentos de identificação infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;


Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

CG  
CORRETORA  
25 JUL 2016  
DPVAT/PB

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder nos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0856052/16  
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA  
CPF: 714.691.254-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/11/2015  
Titular do CPF: MARIA JOSE DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARIA JOSE DA SILVA : 714.691.254-04**

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.dpvatsseguro.com.br](http://www.dpvatsseguro.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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 25/07/2016  
Nome: MARIA JOSE DA SILVA  
CPF : 714.691.254-04

MARIA JOSE DA SILVA

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 25/07/2016  
Nome: Adriana Cirne Aragao  
CPF: 885.178.454-04

Adriana Cirne Aragao

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Jose da Silva  
 DATA DO ACIDENTE 09/11/2015 CPF DA VÍTIMA 714.691.254-04  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR sítio Ipioca de Cima  
 Nº 512 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Área Rural  
 CIDADE Itapiporã UF PR CEP 58275-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (83) 9889.7328

### 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 REQUISIÁRIO 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

CG  
 CORRETORA  
 25 JUL 2016  
 DPVAT/PR

### 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)
- ☐ O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - 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.MBMDPVAT.COM.BR](http://WWW.MBMDPVAT.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

### 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/01/2016  
 CPF 714.691.254-04  
 ASSINATURA Maria Jose da Silva

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME Adriano Elme Araújo  
 ASSINATURA [assinatura]



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2016

Carta nº: 9136130

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0856052/16  
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA  
Data Acidente: 09/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 14/04/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 09/11/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar infor. incorretas
- Documentos de identificação infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

CG  
CORRETORA  
25 JUL 2016  
DPVAT/PB

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0856052/16  
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA  
CPF: 714.691.254-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/11/2015  
Titular do CPF: MARIA JOSE DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARIA JOSE DA SILVA : 714.691.254-04**

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.dpvatsseguro.com.br](http://www.dpvatsseguro.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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 25/07/2016  
Nome: MARIA JOSE DA SILVA  
CPF : 714.691.254-04

MARIA JOSE DA SILVA

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 25/07/2016  
Nome: Adriana Cirne Aragao  
CPF: 885.178.454-04

Adriana Cirne Aragao

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160270494

**Cidade:** Itapororoca

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA JOSE DA SILVA

**Data do acidente:** 09/11/2015

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/09/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160270494

**Cidade:** Itapororoca

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA JOSE DA SILVA

**Data do acidente:** 09/11/2015

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/09/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160270494

**Cidade:** Itapororoca

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA JOSE DA SILVA

**Data do acidente:** 09/11/2015

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA  
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE. DEFORMIDADES ANATÔMICAS, PSEUDO ARTROSE, DESVIOS DE EIXO, ATROFIA DO 1º E 2º QUIRODÁCTILO, DÉFICIT FUNCIONAL DA ABERTURA, FECHAMENTO E APREENSÃO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE. FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA TRATADOS COM SUTURAS LOCAIS EM 1º E 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/09/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			24,5 %	R\$ 3.307,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

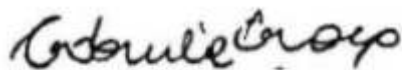
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160270494

**Cidade:** Itapororoca

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA JOSE DA SILVA

**Data do acidente:** 09/11/2015

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA  
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE. DEFORMIDADES ANATÔMICAS, PSEUDO ARTROSE, DESVIOS DE EIXO, ATROFIA DO 1º E 2º QUIRODÁCTILO, DÉFICIT FUNCIONAL DA ABERTURA, FECHAMENTO E APREENSÃO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE. FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA TRATADOS COM SUTURAS LOCAIS EM 1º E 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/09/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			24,5 %	R\$ 3.307,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

