
Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11311517

A/C: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Sinistro: 3170194904 ASL-0131632/17
Vítima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA
Data Acidente: 12/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

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.seguradoralider.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, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11417785

A/C: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Sinistro: 3170194904 ASL-0131632/17
Vítima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA
Data Acidente: 12/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

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: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 00000013205-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2017

Carta nº: 11650789

A/C: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170194904 ASL-0131632/17

Vitima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Data Acidente: 12/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Sinistro: 3170194904

Vítima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Data do Acidente: 12/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170194904** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Nº Sinistro: 3170194904

Vitima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Data do Acidente: 12/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170194904**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



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, JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.687.811 EXPEDIDO POR SDS / PB EM 04 / 04 / 2008 ECPF 096037624-10 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 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 com o 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), 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4992 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 205-8

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.

em MANAIRA - PB, 25 de FEVEREIRO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Souza

! 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

4982 - PORTAL DO SERTÃO, P

DATA: 09/02/2017

TERMINAL: 1006

MSU: 000401

HORA: 11:18:52

AUT.: 0070

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 4982/013/00.013.205-8

NOME: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIR

DEPOSITANTE:

P I

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800 726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

4982 - PORTAL DO SERTÃO, P





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

3170194909

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.

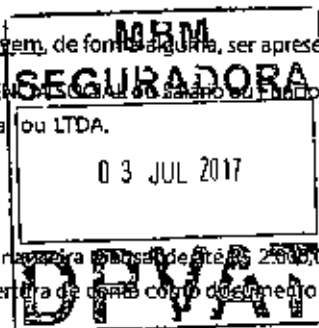
EU, JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.687-811EXPEDIDO POR SDS / PBEM 04 / 08 / 2017 ECPF 046057029-10 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 950,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA 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 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), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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) 4962 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13205-8

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.

MANAIRA - PB, 06 de JUNHO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Nogueira Souza



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.dpvatseguredotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Loterias CAIXA

CASA EDUCATIVA FLORIAN

SAC 0800 725 0101
QUANTIDADE 0000 725 7470

ISS 316/75437 2

001/000/2017

HORA DE 11:33:00

LOT: 15.14818 6

TERM: 01/2017

LOCALIDADE: SANTA CRUZ DA BAIXA VELHA

AG. VINCULADA: 0014

CONTROL: 798845002

DEPOSITO EM DEPOSITO

4382 013 82611205-3

JOSIELA S A NOQUEIRA

VALOR

1.000,00

ESTE RECEIPO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

ISS-316/75437 2

DEPOSITO VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

MBM SEGURADORA
03 JUL 2017
DPVAT

loterias CAIXA

CRISA ECONOMICA FIDELIN

542 8888 726 0101
UNIVIXOIA 8888 725 7472

168 316775431 2

02/04/2017 15:14:10

LOT: 75.14818 6 TERM: 01/2017

LUGAR: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

VAL: VERDE ADAS 0519 CONTRATE: 19684800

REPRESENTANTE: [REDACTED]

1982 010 88813205-8

JOSÉ L. A. NUNES JR

VALOR: [REDACTED]

ESTE BILHETE É VÁLIDO COMO
INSTRUMENTO DE DEPÓSITO

168-316775431-2

18 VIA

loterias CAIXA

**MBM
SEGURADORA**

03 JUL 2017

DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

OCORRENCIA POLICIAL Nº 111/2017, LIVRO nº 001/2017.

DATA: 21 de Fevereiro do ano de DOIS MIL E DEZESSETE

HORA: 14h20min

CIDADE: PRINCESA ISABEL

ESCRIV/INVEST: PEDRO QUINÇA DE SÁ FILHO MATRICULA: 155.680-1

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Noticiante: JOSEFA GILBERLANDIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Estado civil: casada RG: 3.687.811 SSP/PB CPF: 096.057.024-10

Sexo: feminino Nascimento: 18/02/1988 Idade: 29

Naturalidade: Brasileira, Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Filiação: José Alves Nogueira e de Maria Luiza Aives

Endereço: Sítio Chico Menem, Zona rural de Manaira/PB.

NARRATIVA

QUE na data de 12 de Dezembro de 2016, por volta das 15:30, estava de carona na garupa de uma moto conduzida por Pedro Alexandre Antas Alves, quando nas proximidades da entrada da cidade de Manaira, o condutor descontrolou a moto chegando a cair ao solo, que ficou por cima do seu pé direito da declarante; Que foi socorrida pelo SAMU de Princesa Isabel, dando entrada na UPA nesta cidade, sendo transferida para o Hospital da FAPE cidade de Campina Grande/PB, onde após exames de Raio-x constatou fratura da perna Direita; Que a moto em estava de carona foi uma moto HONDA/CG 150 START, de cor vermelha, de fabricação 2014 e modelo 2015, com placa PDG 6883, CHASSI Nº 9C2KC167QFR008137, Registrada em nome de Pedro Alexandre Antas Alves.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

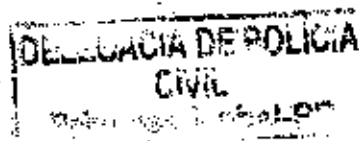
Notificante: Jo. Silva Gilberlandia Alves Nogueira Souza



Vincício Duarte de Mascena
Oficial Substituto
CPF: 937 743 234 - 29



155.680-1
ESCRIV/INVEST



Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSEFA GILBERLAINA ALVES LOGUEIRA SOUZA, portador da carteira de identidade nº 3.687.811 e inscrito no CPF/MF sob o nº 096.057.024-10, residente e domiciliado na SÍTIO CHICO MENÇA, SN - ZONA RURAL, Cidade MANAIRA, Estado PARAIBA, 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:

- ☒ 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.

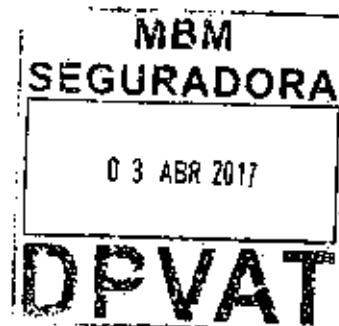
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOSEFA GILBERLAINA ALVES LOGUEIRA SOUZA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MANAIRA - PB, 25/02/2017

Local e data



DATA/HORA RECEPÇÃO: 12/12/2016 - 19:41:29
DATA/HORA PRÉ-CONSULTA: 18:45



MEDICA
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº F.A.A.: 1540 CNIS: 709802022056494
Idade: 1261 - JOSEFA GILBERLANDIA ALVES NOGUEIRA SOUZA
Idade: 18/02/1988 Idade: 28 Anos, 9 Meses e 24 Dias. Sexo: F Raça/Cor: BRANCA Etnia: RG:
Mãe: MARIA LUIZA ALVES

Endereço: SÍTIO CHICO WENEM - S/N Complemento: Bairro: ZONA RURAL
Cidade: MANAIRA UF: PB CEP: 58.995-000
Tel. Residencial: Comercial: Contato: Cel: (83) 99666-3277 Cel P/SMS: (83) 99666-3277

DADOS DA PRÉ CONSULTA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL

Informações da pré-consulta: *paciente traz do mto. 2 Anos, vítima de queda de moto com a cabeça encostada em*
uma parede, apresentando corte profundo com hemorragia

Medicamentos em uso: *1. Lanoxin 40 mg no S.M.U.*

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não Câncer: () Sim (X) Não Pneumopatia: () Sim (X) Não
Transplantado: () Sim (X) Não Alergia: () Sim (X) Não Outros: () Sim (X) Não
Tem Tosse: () Sim (X) Não Se Sim, Quanto Tempo: Antecedentes Pessoais:

P.A.: 120 x 80 mmHg. Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/dl Glasgow: *Recebido em 12/12/2016*
Pulso: Freq. Respiratória: Peso: Kg Altura: m Dor: *Recebido em 12/12/2016*
Prof. Resp. pré-consulta: CID: Número da Notificação: *CCP 274932*

HISTÓRICO DE CONSULTAS Data das Últimas Consultas: Quantidade de Consultas nos Últimos: 10 Dias (1) 30 Dias (1) 180 Dias (1)
Num. FAA: 1540 12/12/2016 UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL
Num. FAA: 1540 12/12/2016 UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL
Num. FAA: 1540 12/12/2016 UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Trauma com fratura completa t.b.a. - fratura
de rádio D por acidente moto

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

fratura completa t.b.a. - fratura

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO/CURATIVO

() ECG () Medicação

() Exames () Curativo

DADOS DA SAÍDA

() Alta () Recusou o Atendimento () Retorno
Encaminhado: *Dr. R. P. P. P.* DATA E HORA: *12/12/2016 - 20:40*

Josefa Eucir de Sousa Assinatura do Paciente/Responsável
Dr. Alan Moura Assinatura e Carimbo do Profissional
CNIS: 709802022056494

Atendente Responsável na Recepção: MARIA DE LOURDES SANTANA

Usuário que Imprimiu: MARIA SANTANA



CARTÓRIO DO OFÍCIO CAMPOS BARRIS
RUA CEL. MARCO ANTONIO, 22 - CENTRO - CEP: 58.995-000 - FONE: (83) 99666-3277
PRINCESA ISABEL - PB
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel - PB 29/02/2017 08:42:56
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
(2017-001535) ENQ: R4 2.311 FAPEN: R4 0.27 CEP: R4 0.46
SELO DIGITAL: AEN63319-AP16
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.ti.br>

Modelo 41

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: 28/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04982

CONTA: 000000013205-8

Nr. da Autenticação 74815BD81611B7CA

JOSEFA DE BERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA
 517 CHICO NEGRIN, S/N - ARRA RURAL
 MANAIRA/PB CEP: 56390000 (AG: 165)

Energisa
 8181 3 SETEMBRO, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
 8120, Km 2, Uniao Renteria - Joao Pessoa/PB - CEP 53071-680
 CNPJ 08.038.120/0001-40 - Insc. Est. 16.016.822-0

Classificação: RESIDENCIAL/BARRAGEM MONOPHASE 3 FASES 220V
 Potência: 14 - 139 - 475 - 1173
 Referência: JUL 2016
 Nº inscricao: 0708157387
 Emissão: 25/07/2016
 Hora Fato de Carga de Energia Elétrica: 17:00:10:41:190
 Código para Dileto Automático: 0001785832



Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
 Conta Referência a: 5/1763583-0

Canal de contato
 Jul/2016

Apresentação
 25/07/2016

Data prevista da próxima leitura
 24/08/2016

CPF/CNPJ/RANI
 88.570.241-0

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kWh)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
22/06/16	25/07/16			
72	40			

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo do Distribuição			0,23
Subsídio			0,21
PG			0,14
CCFHS			0,08
JUR. SOBRE RECURSOS			0,01
MULTA CPMF			0,01
Co. Sur. do Subsídio			0,01

Base de Cálculo	Alíquota	Valor (R\$)
ICMS	12,00%	0,03
PIS	0,65%	0,00
COFINS	7,65%	0,01

VENCIMENTO: 30/08/2016
 TOTAL A PAGAR: R\$ 6,26

Médo dos últimos meses: 51 kWh

3a7f a660 f1e1 3a9d b2ac f8ec a74f c634

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Atualizado	Limite de Tensão (V)
DE MENSAL	14,00	
DE TRIMESTRAL	27,81	
DE ANUAL	65,21	
FIC MENSAL	8,20	
FIC TRIMESTRAL	16,38	
FIC ANUAL	132,78	
LADO	7,80	
DICA	16,80	

Descrição	Valor (R\$)	%
Despesa com Energia	1,58	25,23
Despesa com Tensão	2,10	33,52
Despesa com Serviço	0,13	2,07
Despesa com Distribuição	0,51	8,10
Despesa com Outros Serviços	0,93	14,88
Total	5,24	100,00





DADOS DO CLIENTE
ALEXSON LEANDRO GOMES SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGAVERNON MAGALHÃES 60

CN61J: 02.631.7 1000031-01

CENTRO: SANTA CRUZ BAIXA VERDE
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE
56995-000

CLASSIFICAÇÃO
DE CONFORME
COMERCIAL
Típico

DATA CONTRATO	NÚMERO
2231678026	04/2017
DATA DE VENCIMENTO	CATAMENSO DE PRECATORIO PAGADO
24/04/2017	15/05/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	921,63

Nº DA MÓDULO	SERIE	ENTRADA
001755215	UNICA	13/04/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/04/2017	2001005576	3406863

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativa (kWh)	1.350,000000	0,58350113	784,16
Consumo Reativo Exc. Referência (kVArh)	0,000000	0,27416012	0,00
Acréscimo Bandeira AMARELA			18,37
Acréscimo Bandeira VERMELHA			76,15
Contribuição Iluminação Pública			7,84
ICMS Substituição-CDE-NF 001748486-19/01/17			7,15
ICMS Substituição-CDE-NF 001833194-14/02/17			18,73
Multa por atraso-NF 001736600-15/03/17			3,34
Multa por atraso-NF 001736600-16/03/17			

TOTAL DA FATURA

821.63

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										B21.6
AF 030	TIPO DA FISCAGEM	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DISS. KWH	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
13157/2100	C01	10-03-2017		29.563,70	13-04-2017	27.952,00	-1	1,61170		1.269,00
71601/2100		18-04-2017		27.484,00	1-04-2017	28.319,00	28	1,00000		1.774,00

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
De acordo com a Lei Complementar nº 123, de 2006 (Lei Simples), o Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ) e o Imposto de Renda das Pessoas Físicas (IRPF) são tributos de natureza pessoal, ou seja, são tributos que incidem sobre a pessoa física ou jurídica que os paga. Portanto, a responsabilidade pelo pagamento do IRPJ e do IRPF é da pessoa física ou jurídica que os paga, e não da pessoa que os recebe. Assim, a responsabilidade pelo pagamento do IRPJ e do IRPF é da pessoa física ou jurídica que os paga, e não da pessoa que os recebe.

[illegible]

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS						NÍVEL DE RISCO		
CDD	CATEGORIA	NÚMERO DE INTERFERÊNCIAS	LIMITE REALIZADO	LIMITE TEÓRICO	CÍRCULO DE RISCO	RISCO MODAL	NÍVEL DE RISCO	
							ALTO	BAIXO
CCC	CONCRETO	081	5,33	10,66	21,32	280	202	231
PCB	PARTE DE BLOCO	0,00	0,00	0,00	0,00	280	202	231
MADE	MADEIRA	1,02	0,51	0,00	0,00	360	360	360

UNB: BCP 12.37

CONTRA CONTRATO Nº 8900 DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

2231676026 04/2017 24/04/2017 921,63

83890000009-9 21630011002-1 23167602610-1 07486283483-4



**MBM
SEGURADORA**

03 JUL 2017

DPVAT



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

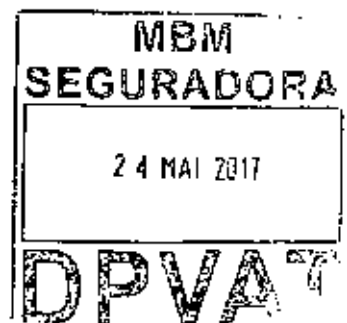
Pelo exposto, eu ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA, portador(a) do RG nº 5.023.854, expedido por SSP/PE, em 06 / 07 / 1993, CPF/CNPJ nº 023.679.274-13, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA e conforme determinação da Circular SUSEP nº

380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: R\$ 937,00 Documentos comprobatórios: NÃO POSSUO.



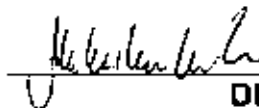
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO

Eu, ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA, brasileiro, divorciado, autônomo, Carteira de Identificação nº 5.023.854, órgão expedidor: SSP/PE, data de expedição: 06/07/1993, CPF/MF nº 023.679.274-13, residente e domiciliado(a) Rua Agamenon Magalhães, 127, centro, Santa Cruz da Baixa Verde - PE, CEP nº 56.895-000, DECLARO para os devidos fins que presto serviços como autônomo e que não possuo renda comprovada (valores fixos), responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Santa Cruz da Baixa Verde - PE, 25 / 02 / 2017.



DECLARANTE





-00000-

Inscrições

DECLARAÇÃO**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA, portador(a) do

RG nº 5023854, expedido por SSP/PE, em

06/07/1993, CPF/CNPJ nº 023.679.274-13,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOSEFA

GILSERVÂNIA ALVES NOBUEIRA SOUZA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima JOSEFA GILSERVÂNIA ALVES NOBUEIRA SOUZA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: R\$ 930,00

Documentos comprobatórios: NÃO POSSUO

Milka
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO

Eu, **ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA**, brasileiro, divorciado, autônomo, Carteira de Identificação nº **5.023.854**, órgão expedidor: **SSP/PE**, data de expedição: **06/07/1993**, CPF/MF nº **023.679.274-13**, residente e domiciliado(a) Rua Agamenon Magalhães, 127, centro, Santa Cruz da Baixa Verde - PE, CEP nº 56.895-000, **DECLARO para os devidos fins que presto serviços como autônomo e que não possuo renda comprovada (valores fixos)**, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Santa Cruz da Baixa Verde - PE, 06 / 06 / 2017.



DECLARANTE





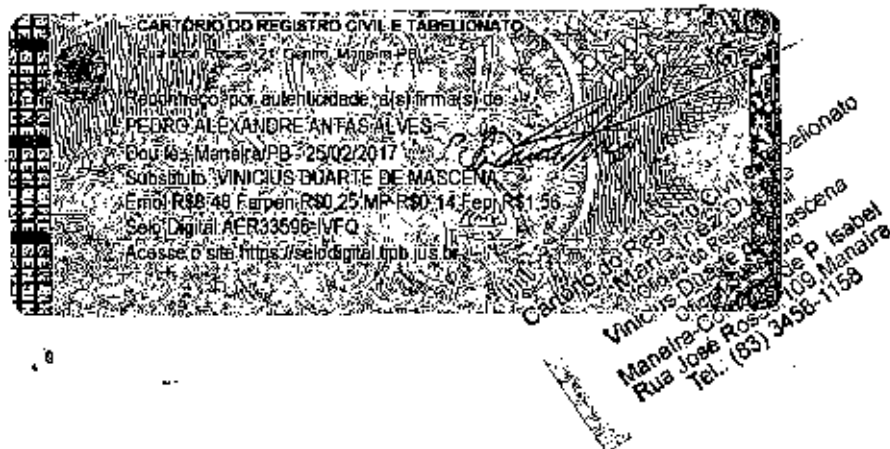
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PEDRO ALEXANDRE ANTAS ALVES,
RG nº 3.512.094, data de expedição 18/12/2006,
Órgão SD5/D5, portador do CPF nº 056.898.774-36, com
domicílio na cidade de MANAIRA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO FORTALEZA, SN - ZONA RURAL, nº SN,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSIEA GILBERTANIA ALVES DOBUEIRA SOUZA, cujo o condutor era
PEDRO ALEXANDRE ANTAS ALVES.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 450 START
Ano: 2014/2015
Placa: PDG 6883
Chassi: 3C2KC1670FR008137
Data do Acidente: 12/12/2016
Local e Data: MANAIRA 25/02/2017

x Pedro Alexandre Antas Alves
Assinatura do Declarante

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



Evolução do Serviço Social

Paciente: João Galvão Paes de Almeida Xofre Souza

Data: 12.12.2016

- Manhã

Assinatura/carimbo

- Tarde

Vanderlân S. Rodrigues
Assistente Social
CRSS-PB 5123

visit ao P.U. informo em primeiro lugar
Regulagem de vaga para o aluno Robinson da Silva
com Dr. Galvão e o/af. do P.U.
Acionado o central do Sams, sendo liberado

Vanderlân S. Rodrigues
Assistente Social
CRSS-PB 5123

Vanderlân S. Rodrigues
Assistente Social
CRSS-PB 5123

Assinatura/carimbo





Ortopedia / Fraturas
Trauma facial



Hospital São Francisco
PATOS - PB

Alexsandro Médico

Alexsandro para os devidos fins

a senhora Josefa Gilberlandis
Alus Nogueira Souza está
em tratamento de fratura de
fêmur e necessita 120 dias
de afastamento de suas atividades

S 82

12.01.16

Dr. Waerson José Souza
Cirurgia do Trauma Infantil
(TRATAMENTO POR ONDAS DE CHOQUE)
CRM 5077 - TEOT 7516

RUA PEREGRINO FILHO, 199, CENTRO - PATOS - PB

Fone: (83) 3421-3454 / crot-pb@hotmail.com

www.crotph.com.br

Facebook icon CROT Ortopedia

MBM
SEGURADORA

03 ABR 2017

DPVAT

RELATORIO MÉDICO



O sr. _____,
vítima de acidente motociclistico em 12/01/2016, apresentou

Fratura da Tibia e Fíbula Direita

_____, foi
submetido a tratamento cirúrgico com colocação de placa/parafuso...ou
tratamento conservador(imobilização gessada) etc. Atualmente apresenta

Permanente submetido o tratamento cirúrgico com
colocação da placa e parafusos, feito por ortopedista.

Tratamento com edema e refração do
período e por isso submetido o novo exame teve
alta médica definitiva e conclusão do tratamento em 21/02/2017.

Permanente em tratamento - 25/07/2017.

João Lopes de Barros
Clínica Médica
Médico do Trabalho
CRM - PE 15.888
CRM - PE 15.888

Assinatura e carimbo do médico

MBM
SEGURADORA

05 SET 2017

DPVAT

NOME:

João Lopes de Barro:
Clínica Médica
Médico do Trabalho
CRM-PR 15.585
CRM-MG 18.998

Data: 26, 10, 17.

UPA 24 HORAS - PRINCESA / SABEL - PB

MBM
SEGURADORA
03 JAN 2018
DPVAT



**Policlínica
São Francisco**
Rua Floriano Peixoto, 34 - Centro - Patos-PB
CEP: 58.700-300 - Telefax: (83) 3422-1618



Hospital São Francisco
Se precisar, estaremos aqui.
Rua Pernambuco Filho, 159 - Centro - Patos-PB
CEP: 58.700-454 - Telefax: (83) 3421-3454
www.hsfrancisco.com

ATESTADO

642864 - PR

Atesto para os devidos fins a pedido do interessado que Josefa Gilbranda A Nogueira, portador do RG/CPF _____ foi atendido(a) neste serviço de saúde, sendo portador da afecção CID S77.

Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 60 (sessenta) (_____) dias a partir desta data.

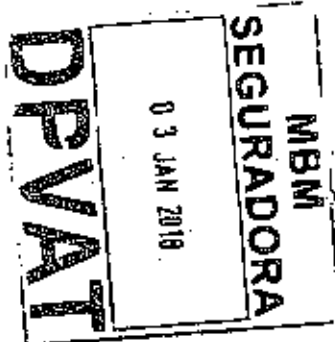
10/11/17
Data

Dr. Waerson José de Souza
Médico Traumatista-Ortopedista
CRM 50880-5/TEOT 7516

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o médico a registrar o diagnóstico (codificado CID) neste atestado médico.

Assinatura _____

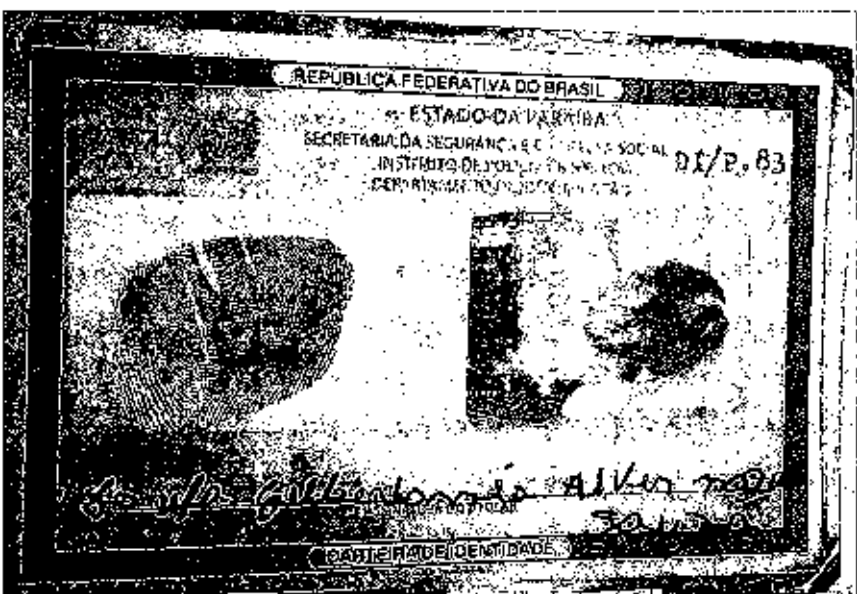




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.687.811	DATA DE EXPEDIÇÃO	04/08/2008
NOME	JOSEFA GILBERLANDIA ALVES NOGUEIRA SOUZA		
FILIAÇÃO	JOSÉ ALVES NOGUEIRA MARIA LUIZA ALVES		
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL - PB	DATA DE NASCIMENTO	18/02/1988
DOC ORIGEM	CASAM N.º 10217 PLS. 42 LIV. B20 CARTÓRIO PRINCESA ISABEL - PB		
CPF	011.111.111-11		
Assinatura do Titular			
Assinatura do Diretor			
LEI Nº 7.116-DE-28/06/89			

MBM
SEGURADORA
03 ABR 2017
DPVAT



MEM
SEGURADORA
03 ABR 2017
DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 011

NOME JOSEPA GILBERTO ALVES NOGUEIRA SOUZA

FILIAÇÃO JOSE ALVES NOGUEIRA
MARIA LUIZA ALVES

NATURALIDADE PRINCESA ISABEL - PE

CASA N. 1027V RUS. 42 LTV. P. 1

CARTORIO PRINCESA ISABEL - PE

DATA DE NASCIMENTO 18/02/1988

ASSINATURA DO DETENTOR

CELESTINO

MINISTERIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

096.057.034-10

JOSEPA GILBERTO ALVES NOGUEIRA SOUZA

Nascimento 18/02/1988

Documento em uso pessoal e confidencial
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

096.057.034-10

www.cpfatos.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P. 83

Josepa Gilberta

096.057.034-10

PARAIBA

CAIXA DE IDENTIDADE

MBM
SEGURADORA

03 ABR 2017

DPVAT

642864



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALCEGOR LEANDRO GOMES DA SILVA

1298959815

01231588394

04/04/2021

05/08/2001

1298959815

12/04/2016

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

MBM
SEGURADORA

24 MAI 2017

DPVAT



0012

Sistema de Garantia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1298959815

NOME
ALEXSON LEANDRO GOMES DA SILVA

RG
5022854 SSP PE

CPF
023.679.279-13

DATA NASCIMENTO
30/03/1977

FILIAÇÃO
AGENOR GOMES DA SILVA
LUCIMETE GOMES DA SILVA

SEXO
M

ESTADO CIVIL
C

ENDEREÇO
RUA ...

CIDADE
FERRA TALKADA - PE

DATA EMISSÃO
13/06/2016

ASSINATURA
[Assinatura]

65540562513
92072130300

PRODUTO PLASTIFICAR
1298959815

MBM
SEGURADORA

03 JUL 2017

DPVAT

OUT-2015

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA** Sinistro: **3170194904** Data: **12/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CHICO NENEM, 00 - AREA RURAL - Manaíra - PB - CEP 58995-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3687811**

Data local do exame: [**24/01/2018**] **Monteiro** [**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 no tornozelo direito associada à ferimento corto contuso. Ao exame, apresenta marcha claudicante e restrição dos movimentos de flexão plantar (ADM 0-20°), inversão (ADM 0-10°) e eversão (ADM 0-10°) do tornozelo direito. Deformidade local e dor à palpação do tornozelo.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Vítima submetida a tratamento cirúrgico.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] 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 funcional do tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 25/07/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MÉDIO. CONDUTA MANTIDA.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170194904 **Cidade:** Manaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES **Data do acidente:** 12/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
NOGUEIRA SOUZA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR DIREITA

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE DE MEMBRO INFERIOR

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 25%

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

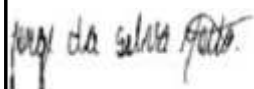
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170194904 **Cidade:** Manaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES **Data do acidente:** 12/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
NOGUEIRA SOUZA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VITIMA APRESENTA BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO POR OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Erlandio de Melo Junior

CRM do médico: 15940

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

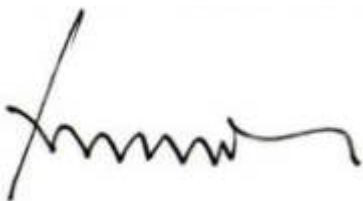
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170194904 **Cidade:** Manaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA **Data do acidente:** 12/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura no tornozelo direito associada à ferimento corto contuso.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, apresenta marcha claudicante e restrição dos movimentos de flexão plantar (ADM 0-20°), inversão (ADM 0-10°) e eversão (ADM 0-10°) do tornozelo direito. Deformidade local e dor à palpação do tornozelo.

Resultados terapêuticos: Vítima submetida a tratamento cirúrgico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/01/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERÍCIA REALIZADA EM 25/07/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MÉDIO. CONDUTA MANTIDA.

Médico examinador: Napoleao Bezerra Costa

CRM do médico: 9392

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA
brasileiro(a), CASADA, AGRICULTORA, portador(a) do RG
3.687.311, órgão expedidor: SOS/PB e do CPF 096.052.024-10,
residente no(a) SITIO CHICO NEVEN, SN - ZONA RURAL - MANAIRA / PB

OUTORGADO: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA, brasileiro(a), divorciado, autônomo,
portador(a) do RG 5.023.854, órgão expedidor SSP/PE e do CPF: 023.679.274 - 13, residente no(a)
Rua Agamenon Magalhães, nº 090, centro, Santa Cruz da Baixa Verde - PE.

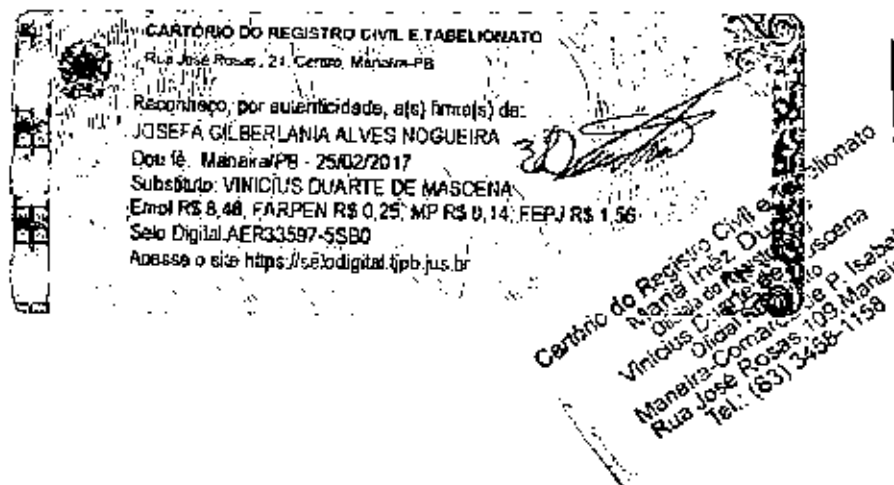
PODERES. pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante
procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me
perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de receber a
indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de
autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo
para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim,
todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima:
JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

MANAIRA - PB

25 / 02 / 2017

Josefa Gilberlania Alves Nogueira Souza
outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA** Sinistro: **3170194904** Data: **12/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CHICO NENEM, 00 - AREA RURAL - Manaira - PB - CEP 58995-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3687811**

Data local do exame: [**25/07/2017**] **Afogados da Ingazeira** [**PE**]

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 DA TÍBIA DIREITA. AO EXAME VITIMA APRESENTA BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO POR OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] 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 funcional do tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.


Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 15940/TEOT-11.923

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)

Francisco Erlandio de Melo Junior - CRM: 15940 - PE

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2017

Carta nº: 10805552

A/C: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170194904 ASL-0131632/17

Vitima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Data Acidente: 12/12/2016

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2017

Carta nº: 10806009

A/C: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170194904 ASL-0131632/17

Vitima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Data Acidente: 12/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/12/2016**. 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

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** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2017

Carta nº: 11076994

A/C: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170194904 ASL-0131632/17

Vitima: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Data Acidente: 12/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/12/2016**. 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

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** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

