

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.

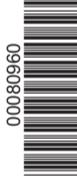
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 11417785

A/C: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA

Sinistro: 3170194904 ASL-0131632/17  
Vitima: 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:

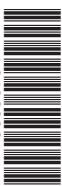
Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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](http://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 médica-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](http://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](http://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 \_\_\_\_\_ &lt; 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, SUSSEFA GILBERTA ALVES NOGUEIRA SOUZAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.607.811EXPEDIDO POR SDS / PBEM 04/08/2008 ECPF 096.053.762-410 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA. SUSSEFA GILBERTA 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 apareçam 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](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.

03-ABR-2017

**MBM  
SEGURADORA  
DPVAT**

**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 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 4972 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1205-8

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 4972 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1205-8

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

MANAIARA - PB 25 de FEVEREIRO de 2017  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Silvana 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.dpvatsegurodntransito.com.br](http://www.dpvatsegurodntransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
4982 - PORTAL DO SERTAO, P  
DATA: 09/02/2017  
TERMINAL: 1006 NSU: 000401 HORA: 11:18:57  
AUT.: 0070  
COMPROVANTE DE DEPOSITO  
NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 4982/013/00.013.205-8  
NOME: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIR  
DEPOSITANTE:  
P T

VALOR TOTAL:  
VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800 726 8101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

1a-Via - Via Cliente

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
4982 - PORTAL DO SERTAO, P





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

PB

Nº DO SINISTRO 3570194909 < 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.

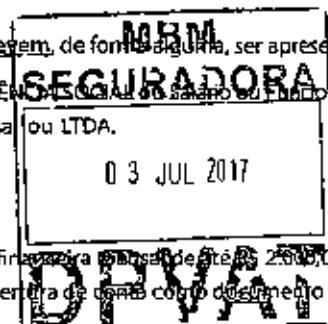
EU, JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.687-811EXPEDIDO POR S.D.S / PBEM 04 / 08 / 2009CPF 094.057.029-10 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR

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 INSS ou Poder Federal;
- 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\$ 2.500,00;
- 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 AGENCIA (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 AGENCIA (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.

Maria Alves \_\_\_\_\_ 06 de JUNHO de 2017  
LOCALE DATA

Josefa Gilberlania Alves  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO  
roque  
Samuel

## 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Lotofácil

CAIXA PAGAMENTO P/ DEIXAR

SAU 0002 726 0101  
DIVISORIA 0000 726 7474

168 316/20437-2

09/08/2017 HORÁRIO 11:33:00

LOTE 15.14818-6

LOCALIDADE: SANTA CRUZ DA BAIXA VEIAZ

AB. VENDIADAS 0014

UFSC: 01/2017

ANIVERSARIO: 1984/2017

DESCRIÇÃO DO BILHETE (R\$)

4982 013 69613206-9

JOGO A 6 A NÚMERO

VALOR

██████████

ESTE BILHETE É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

168-316/20437-2

ÀS 14 VÍA



100 **Sorteo CAJA 4** **Sorterías CAJA 4**

CREA STUDIO LA FIGURA

542.8888 /26 0101  
68971X014 0889725 7425

JED 3167/24312

10/10/2017 10:13:09

AEROSOL IN THE TROPICS

4982 063 98015205-8

JELLINE & NAGY 18

Vol. 114

EST. 1912 BY F. VAIL CO. LTD.

100-1572436-6

39 412

MBM  
SEGURADORA



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 N° 111/2017, LIVRO n° 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 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 N° 9C2KC1670FRO08137, 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: Josefa Gilberlandia Alves Nogueira Souza

  
155.680-1  
ESCRIV/INVEST

DELEGACIA DE POLICIA  
CIVIL  
001/2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inteiro-Trueva da IML  
0004\*

Eu, SESSA GILBERTINA ALVES LOGUETRA 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 BRITIO CHICO MENINA, SN - ZONA RURAL Cidade MANAIARA, Estado PARAÍBA, 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.

sessagelbertina Alves mequena Souza  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

MANAIARA - PB, 25/02/2017

Local e data





# 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

JOSÉFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA  
SIT CHICO NENHIN, S/N, ÁREA RURAL  
MANARA/PB CEP: 59990-000 (AG: 165)

Endereço: RESIDENCIAL / SAMA RENDAMONÓFASCO  
Ribeiro: 14 - 138-473-119  
R. medidor: 0070857387

ENERGISA

BXR 3 SERRA DA MATA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

01230 Km3, Cachorro, João Pessoa/PB CEP 58021-620

01100-006-12010001-40 Int. Ed 16 016 022-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica / 001108120

Caixa para Dívida Automática: 011108120

100% da cobrança no vencimento

0016

0800 083 0196 [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

pendente ao cliente:

Conto referente a:

Jul / 2016

Apresentado:

25/07/2016

Data prevista de  
próxima leitura:

24/08/2016

CPF/CNPJ/RANI:

8839702410

Notas em aberto:

NOTA DE CREDITO

NOTA DE DEBITO





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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 davitima JOSEFA GILBERLÂNIA 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.

Aleckson Leandro Gomes da Silva

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, 15 / 02 / 2017.

Aleckson Leandro Gomes da Silva  
V \_\_\_\_\_ DECLARANTE



**DPVAT**



Imprimir este formulário

## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 ALEXANDRE LEANDRO GOMES DA SILVA, portador(a) do RG nº 5023854, expedido por SSP / PR, em 06/07/1993, CPF/CNPJ nº 023.679.214-73, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOSEFA GILBERVANIA ALVES NOBREIRA SOUZA do sinistro de DPVAT da natureza TIV NAL DEZ da vítima JOSEFA GILBERVANIA ALVES NOBREIRA 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

Willy Wili  
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, 04 / 06 / 2017

J. Leckson Gomes da Silva  
V  
DECLARANTE



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PEDRO ALEXANDRE ANTAS ALVES,

RG nº 3.512.094, data de expedição 18/12/2004,  
Órgão SOS/PB, portador do CPF nº 056.898.774-36, com  
domicílio na cidade de MAMIRAI, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SITIO FORTALEZA, S/N - ZONA RURAL, nº 514,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima SOSYFA GILBERLANIA ALVES DOBREIMA SOUZA, cujo o condutor era  
PEDRO ALEXANDRE ANTAS ALVES.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 START

Ano: 2014 /2015

Placa: PDC 6883

Chassi: 3C2KC1670FR008137

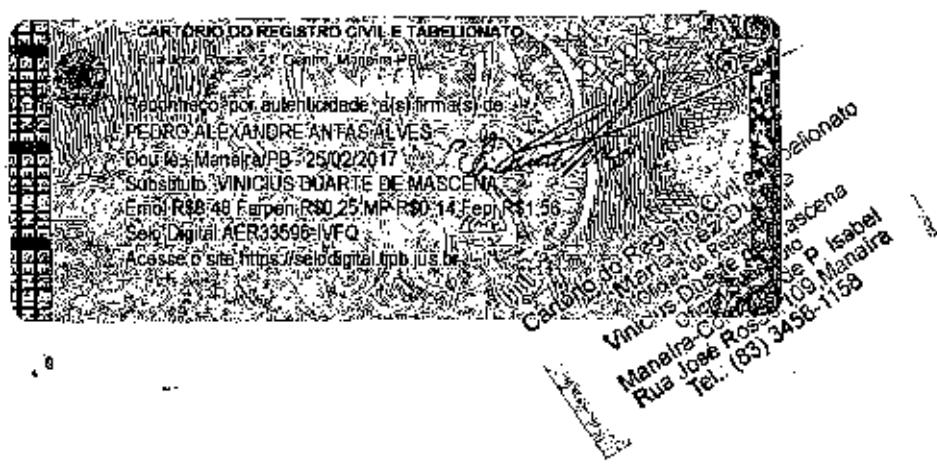
Data do Acidente: 12/12/2016

Local e Data: MAMIRAI, 25/02/2017

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: Dr. Gilberth Andrade Alves Xoguete Zouza

Data: 22/12/2016

- Manhã

Assinatura/carimbo

- Tarde

Veridiana B. Rodrigues  
Assistente Social  
CRAS PB 5126

então fui informado de que  
Reunião de hoje, para a definição de data,  
com Dr. Galdino e o Dr. Zouza.  
Despacho o control da Sane, sendo liberado

Assinatura/carimbo





Ortopedia / Fraturas  
Trauma facial



Hospital São Francisco  
PATOS - PB

Até todo Méliés

Atésto para os amigos que

A senhora Josefa Gil Blandis

Alus Nogueira Seuza esteve  
em tratamento por fratura de  
fíbula e meia-lata 120 dias  
de afastamento de suas atividades

S 82

12.01.16

Dr. Warson José Sousa  
Cirurgia do Trauma Infantil  
TRATAMENTO POR CAMINHO DE CHOQUE  
CRM 5077 - TEOT 7516

RUA PEREGRINO FILHO, 199, CENTRO - PATOS - PB.

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

[www.crotpb.com.br](http://www.crotpb.com.br) CROT Ortopedia



## **RELATÓRIO MÉDICO**



O      sr. \_\_\_\_\_,

vítima de acidente motociclistico em 13/01/2016, apresentou

Frobenius. von Tigris e Euphrate. Dopo

\_\_\_\_\_ , foi

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

Permita substituir o trocador de aranjo com  
tela ou de ferro e prata, festo Bruxa.

Envolvendo com edema e reforço dos

alta médica definitiva e conclusão do tratamento em 21/02/2017.

**João Lopes de Barros**  
Clínica Médica  
Médico do Trabalho  
CRMV-PE 15.880  
CRM-PE 16.279

### Assinatura e carimbo do médico

**MBM  
SEGURADORA**

05 SET 2017

DPVAT

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

José G. C. Barreto A. Reg  
Lopes de Barro  
Secham posso elas de pos  
de elas de gera... Sra  
José G. C. Barreto, José  
Barreto L. S. da Cunha  
agente sind... rejeção de  
mortal composta  
com Marca de identificação  
peço esclarecer  
possível

João Lopes de Barro  
Clínica Médica  
Medico de Trabalho  
CRM 15.528  
CRM Médico / Carimbo/CRM)

Data: 26/10/19

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB





**Policlínica  
São Francisco**

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

642864 - PR



**Hospital São Francisco**  
Se precisar, estaremos aqui.

Rua Peregrino Filho, 189 - Centro - Patos-PB  
CEP: 58.703-456 - Telefax: (83) 3421 3454  
[www.saofrancisco.com.br](http://www.saofrancisco.com.br)

### ATESTADO

Atesto para os devidos fins a pedido do interessado que

\_\_\_\_\_, portador do RG/CPF \_\_\_\_\_, foi  
atendido(a) neste serviço de saúde, sendo portador da afecção CID \_\_\_\_\_.

Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias a partir desta data.

10/11/17

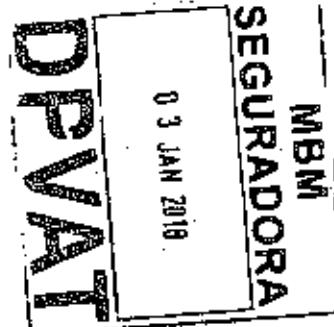
Data

Dr. Waerson José de Souza  
Médico Traumato-Ortopedista  
CRM/Medied EOT 7516

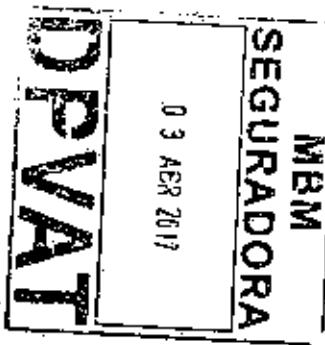
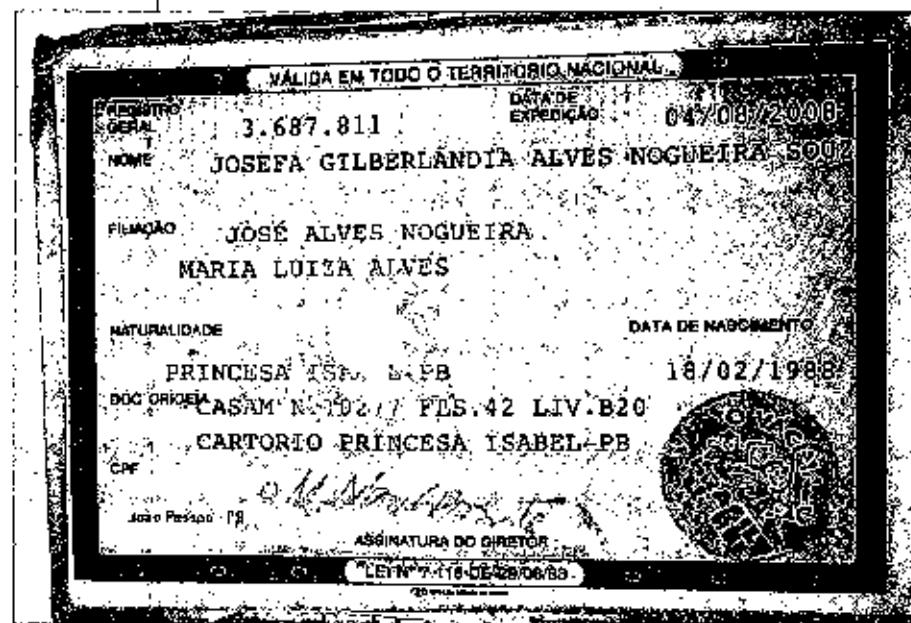
### AUTORIZAÇÃO

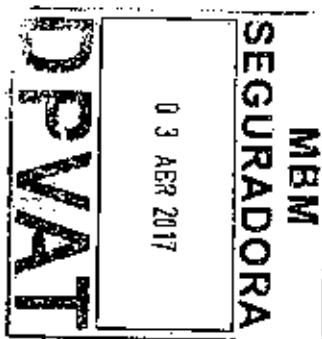
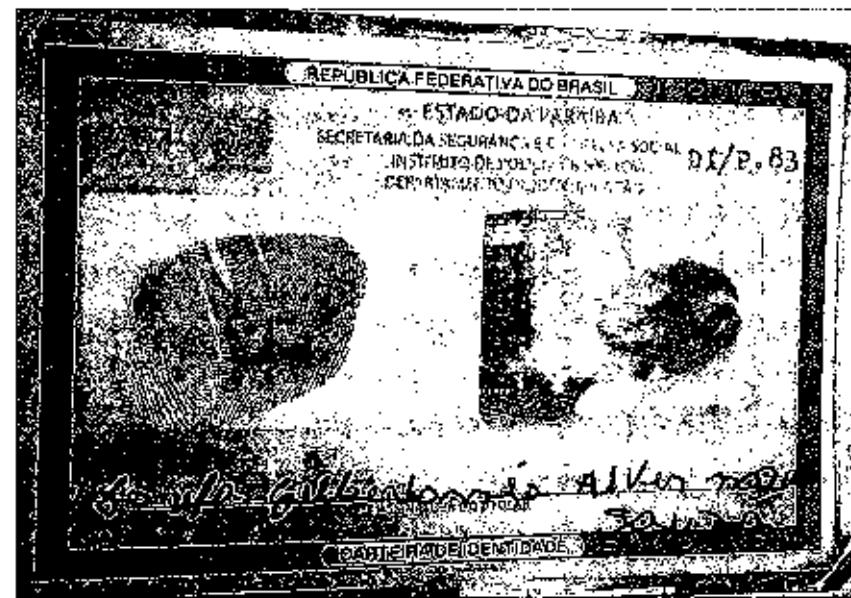
Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o médico a registrar o  
diagnóstico (codificado CID) neste atestado médico.

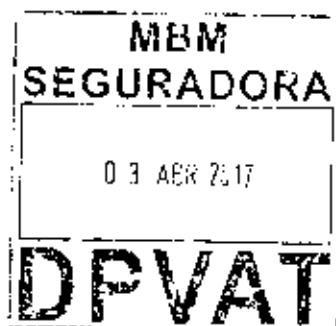
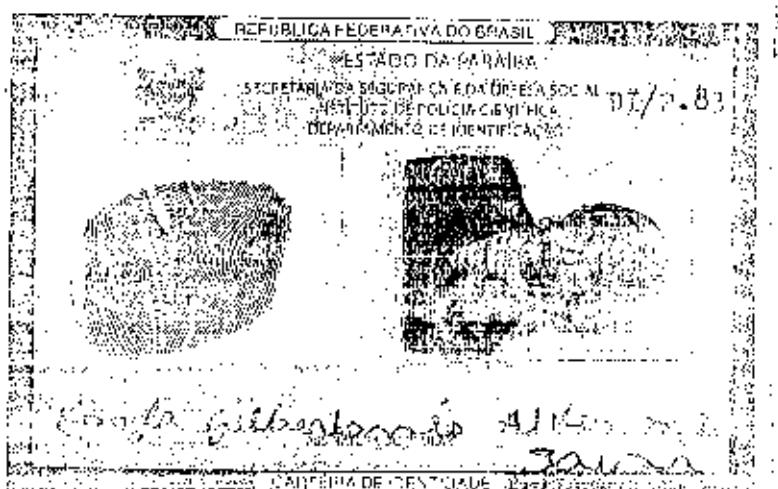
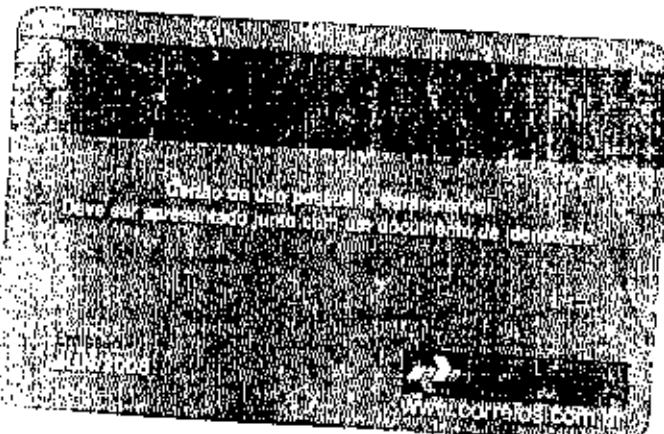
Assinatura \_\_\_\_\_



03 JAN 2018







642864



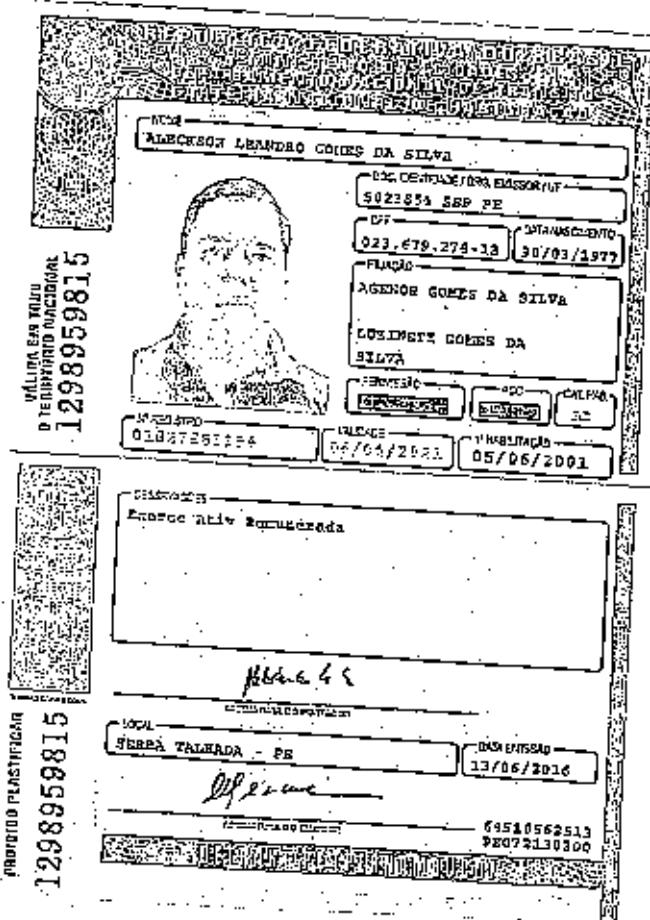
**MBM  
SEGURADORA**

24 MAY 2017

DPVAT



Biology of *Cladophora*



1298959017  
הדריינטס נא מילא  
וילטניא פא מילא

PHOTOGRAPH BY

MBM  
SEGURADORA  
03 JUL 2017  
DPVAT



REF. N° 012382105659		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PETRO ALEXANDRE ANTAS ALVES			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS ECONOMIAS SÉRIAS DE COBERTURA <a href="http://www.dpvat.com.br">www.dpvat.com.br</a> E <a href="http://www.dpvat.com.br/contato">www.dpvat.com.br/contato</a> SAC DPVAT 0800 022 1204			
AFLIGITOS DA INGATERRA		PERÍODO	DATA EMISSÃO
035 856 774-36		15/01/16	21/01/16
PLACA		PEGB-883	
TIPO/ONU		HONDA CG 150 START	
RENAVAM		1041258315	
ANO/FAB.		09	
Nº CHASSI		BC2KC1570ER008137	
PREMIO TARIFARIO			
CUSTO FIS (R\$)		CUSTO TRAM (R\$)	
CUSTO DO SEGURO (R\$)		TOTAL PAGAMENTO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		VALOR	
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
COTA UNICA		PARCELADO	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 09.243.608/0001-04			
www.dpvat.com.br			
DESENHO DE E. G. WILFRED BURTON			
ESTAMPA DE R. M. H. BURTON			

**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: **[ 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

(  ) "Sem sequela permanente" (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):

**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

% 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.**



Napoleao Bezerra Costa - CRM: 9392 - PB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

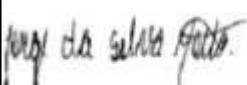
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**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 NOGUEIRA SOUZA      **Data do acidente:** 12/12/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

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

**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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

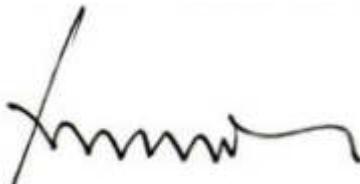
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**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** Ao exame, apresenta marcha claudicante e restrição dos movimentos de flexão plantar (ADM 0-20°), inversão (ADM médico pericial: 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 PERICIA REALIZADA EM 25/07/2017, A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNозELO 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

Procuração

OUTORGANTE: JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA SOUZA  
brasileiro(a), CASADA, AGRICULTORA, portador(a) do RG  
31.687.341, órgão expedidor: SOS/PE e do CPF 096.051.024-10,  
residente no(a) SITIO CHICO NELEN, SN - ZONA RURAL - MANAIKA / 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.

MANAIKA - PB

25/02/2017

X Josefa Gilberlania Alves no gabinete Souza da

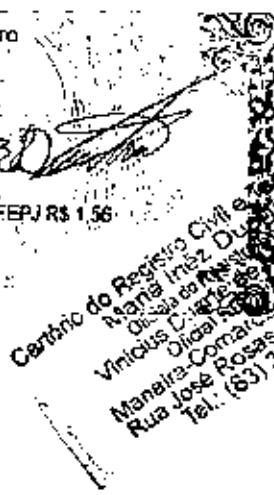
outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELOMIATO  
Rua José Rosas, 21, Centro, Manaika-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) da:  
**JOSEFA GILBERLANIA ALVES NOGUEIRA**  
Data: 25/02/2017  
Subscritor: VINIÇIUS DUARTE DE MASCENA  
Emol R\$ 8,48, FARPEM R\$ 0,25, MP R\$ 0,14, FEPJ R\$ 1,56  
Selo Digital: AER33597-5SB0  
Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>



**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 OSTEOSÍTESE 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*

"Sem sequela permanente" (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):

**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

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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](http://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](http://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 inicio 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,



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2017

Carta n°: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2017

Carta n°: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**