

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Junior Cordeiro Alves,
RG nº 384 9911, data de expedição 23/04/2018
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 118 831 584-60, com
domicílio na cidade de Manaira, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R- José Rosa centro, nº 278,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOÃO DE FREITAS PEREIRA, cujo o condutor era
JOSE JUNIOR CORDEIRO ALVES.

Veículo: Moto
Modelo: FAN 150
Ano: 2013
Placa: PEM 3363
Chassi: 9C2KE1670 DRO 24922
Data do Acidente: 22/02/2018
Local e Data: Manaira, 07/07/2018

x Jose Junior Cordeiro Alves
Assinatura do Declarante

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



CERTIDÃO

Nº. 0671/2018

Atendendo solicitação de **JOAO DE FREITAS PEREIRA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106794, e Prontuário de Nº 2018.02.004067 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/02/2018 às 09H36min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

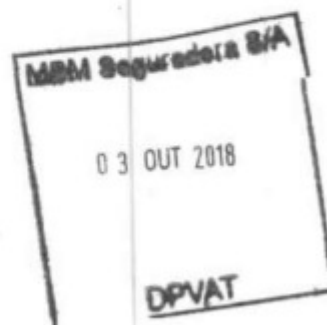
Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/03/2018 com alta médica dia 09/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de maio de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



UF: PIAUI - MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA
CO: 00000 HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 106794 Atd: Não Regulada
Data: 28/02/2018
Hora: 09:36:45
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOÃO DE FREITAS PEREIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuário: 2018.02.004067

CNS: 707408051806571 Sexo: M IDENTIDADE: 3320988 Fone: 998532402

Natural: CURRAL VELHO/PB Data Nasc.: 05/02/1983 Id: 35 ano(s)

End.: SÍTIO DO CRUZEIRO, OZONA RURAL

Bairro: CENTRO Cidade: PRINCESA ISABEL UF: PB

Mae: CARLINDA JUSTINO DA SILVA

Pai: JOÃO DE FREITAS PEREIRA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMAÇÃO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NÃO INFORMADO

INFORMAÇÕES DE ENTRADA

Escolaridade: NÃO INFORMADO

Resp.: SUBRINO/ JOÃO

Tel/Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: RESIDÊNCIA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM ÀS 06/

Vítima de violência por: PROX. DE CASA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsão

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observação

Queixa Principal

TR: A NO PE

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Agente fiscal em trânsito

Diagnóstico

Conduta

Exame físico normal

Prescrição

Horário da medicação

O Intérprete Hospitalar

MEM Seguradora S/A
03 OUT 2018
DPVAT

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Leandro de Freitas Brito
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João de Freitas Lima Data da Admissão: 28/02/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1
QPD: por limitação funcional em tempo
HDA: após entrar já com
limitação funcional
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura de molaço lateral*

Conduta: *Intervenção por procedimento*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Sr. de Freitas</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>8/3/11</i>	Cirurgião: <i>En. Mauro Faria</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fract. torácica</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Fix. el. plav. e parav.</i>					
<i>funo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (✓) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (✓) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente sob anestesia

em decúbito dorsal

Incisão:

Incisão Lat.


Red. fract.

Achados:

Fract. CI, placa e parafusos

na fratura e emendado

Conduta:


 ORLANDO C. FARIAS FILHO
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 CRM-4127
 CPF 203.009.674-34

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BUENY

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Gláucia de Fátima Pereira</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>38 a.</u>	SEXO: <u>mulher</u>	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: <u>28/02/2018</u>		DATA DE ALTA:		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Infecção aguda de cêdulo D</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Infecção aguda de cêdulo D em fase distal</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Exame físico</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Tratamento cirúrgico</u>					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA:	<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente submetida a procedimento cirúrgico com sucesso. Segue em alta para o ambulatório.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina + Mexidol

MEM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

RETORNO

Ao posto de saúde em _____

para retirada de pontos.

Ao Ambulatório do Dr. Orlando

em 30 dias para revisão

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dra. Laiana Barreto
Médica
CRM/RN - 8491

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

31/P.83




NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0320988

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2005

NOME JOÃO DE FREITAS PEREIRA

JOÃO de Freitas Pereira

FILIAÇÃO Carlinda Justino da Silva

Currual Velho-PB.

NATURALIDADE

05.02.1983

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nas. 33.248.883-12, Liv. A/04, Cartório de Currual Velho-PB.

DOC. ORIGEM

CPF

JOÃO de Freitas Pereira

ASSINATURA DO DIRETOR


LEI Nº 116 DE 29/08/83

INTELIG

7981-0005

Cadastrado de uma pessoa e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão 01/06/1973

 **CORREIOS**

Carteira de Identidade

 MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 058.236.444-26

Nome JOÃO DE FREITAS PEREIRA

Nascimento 05/02/1983



MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 DIRETORIA DE TRANSPORTES AERONÁUTICOS

NOME
 ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 5023854 SSP PE

CPF
 023.679.274-13

DATA NASCIMENTO
 30/03/1977

FUNÇÃO
 AGENOR GOMES DA SILVA

LUXINETE GOMES DA SILVA

PERMISSÃO
 01.027500396

ACC
 06/06/2021

CAT. NM
 05/06/2001

OBSERVAÇÕES
 Exerce Atív Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR
 [Assinatura]

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 13/06/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
 [Assinatura]

64510562513
PE072130300

1298959815

MM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013726808611
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM 1 516530000 BLNTRC 2018

JOSE JUNIOR CORDEIRO ALVES

SERRA TALHADA-PE

115.831.584-60

PLACA ANT/UF 115.831.584-60

CHASSI 9C2K01570DR014912

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL ELCO (GASOL)

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN EST

CATEGORIA 2E / 199CL

VEIC. COTA ÚNICA 1

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 2

PREMIO TOTAL (R\$) 2

SEGURADOR OBRIGATORIO

SEM RESERVA

NAO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

SERRA TALHADA

Charles Andrews Sousa Ribeiro

16/05/18

DATA

16/05/18

16/05/18

16/05/18

16/05/18

16/05/18

16/05/18

DETRAN

CONTRAN

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

PE Nº 013726808611 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE JUNIOR CORDEIRO ALVES

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/05/18

SERRA TALHADA-PE CPF / CNPJ 115.831.584-60

PLACA 115.831.584-60

RENAVAM 16400050

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN EST

ANO FAB 2013

CATEG 09

Nº CHASSI 9C2K01570DR014912

PREMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

10F (R\$)

DATA DE OUTUBRAÇÃO

PARCELADO

COTA ÚNICA

SEGURO PAGO

DATA DE OUTUBRAÇÃO

PARCELADO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.608/0001-04

DETRAN - PE Nº 013726808611 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MMB Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

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

1217397327

VALIDA EM TODAS AS REPARTIÇÕES NACIONAIS

NOME: JOSÉ JUNIOR CORDEIRO ALVES

CPF: 344911 805 PE

DATA DO NASCIMENTO: 28/11/1995

PLACA: 129.831.984-19

JOSE ALVES NETO

MARIA DO CARMO CORDEIRO ALVES

RG: 0628546307

DATA DE EMISSÃO: 07/10/2019

VALIDADE: 17/12/2016

ASSINATURA: [Assinatura]

LOCAL: [Assinatura]

DATA: 21/12/2016

ASSINATURA: [Assinatura]

DATA: 21/12/2016

ASSINATURA: [Assinatura]

DATA: 21/12/2016

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

1217397327

VALIDA EM TODAS AS REPARTIÇÕES NACIONAIS

NOME: JOSÉ JUNIOR CORDEIRO ALVES

CPF: 344911 805 PE

DATA DO NASCIMENTO: 28/11/1995

PLACA: 129.831.984-19

JOSE ALVES NETO

MARIA DO CARMO CORDEIRO ALVES

RG: 0628546307

DATA DE EMISSÃO: 07/10/2019

VALIDADE: 17/12/2016

ASSINATURA: [Assinatura]

LOCAL: [Assinatura]

DATA: 21/12/2016

ASSINATURA: [Assinatura]

DATA: 21/12/2016

ASSINATURA: [Assinatura]

DATA: 21/12/2016

MM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MORTE = R\$ 13.500,00

- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA *João de Deus*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463276 **Cidade:** Manaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE FREITAS PEREIRA **Data do acidente:** 27/02/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463276 **Cidade:** Manaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE FREITAS PEREIRA **Data do acidente:** 27/02/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Nº Sinistro: 3180463276

Vitima: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 27/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180463276**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 13440618



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO DE FREITAS PEREIRA
Nº Sinistro: 3180463276
Vitima: JOAO DE FREITAS PEREIRA
Data do Acidente: 27/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180463276**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

A documentação deve ser entregue na **MBM SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180463276
Vítima: JOAO DE FREITAS PEREIRA
Data do Acidente: 27/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO DE FREITAS PEREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180463276

Vítima: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 27/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO DE FREITAS PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000186189-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	058.236.144-26	JOÃO DE FREITAS PEREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
João de Freitas Pereira		05823644426	Pai
Endereço		Número	Complemento
Sítio Umbuzinho		5N	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
RURAL	MANAIRA	PB	58995000
Email	Telefone (DDD)		
	87		988668988

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
NRO.	NRO.	NRO.	NRO.
0043	186189		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

MANAIRA - PB, 02 de AOSTO de 2018
Local e Data

x João de Freitas Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MANAÍRA - PB


CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório policial o livro de Registro de ocorrência nº 001/2016 nele encontra o Registro nº 064/2018, Cujo Teor passo agora a transcrever na entrega: AOS 03 DIAS DO MÊS DE Julho DO ANO DE 2018 NESTA CIDADE DE MANAÍRA ESTADO DA PARAÍBA E NA (O) DELEGACIA DE Polícia Civil Local, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL Gutenberg José da Costa Marques Cabral, COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLICIA DO SEU CARGO, NO FINAL ASSINADO (A), E DECLARADO (A), AI, POR VOLTA DAS 09: h 00min COMPARCEU JOÃO DE FREITAS PEREIRA, COM 35 ANOS DE IDADE: NACIONALIDADE: Brasileira; NATURAL DE Curral Velho U.F PB FILIAÇÃO João de Freitas Pereira, e de Carlinda Justino da Silva, ESTADO CIVIL: Solteiro ESCOLARIDADE: Alfabetizado, PROFISSÃO/OCUPAÇÃO Agricultor, DOC. DE IDENTIDADE: 3320988 ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/PB DATA DE EXPEDIÇÃO: 04/05/2005 CPF: 058.236.14426, Residente: No Sítio Umbuzeiro Bairro Zona Rural, Cidade: Manaíra UF PB COM ENDEREÇO PROFISSIONAL: E FEZ O SEGUINTE REGISTRO: O qual fez a seguinte Ocorrência, Que no dia 27/02/2018, por volta das 18: h 00min foi vítima de um acidente automobilístico quando trafegava na Garupa de uma Moto Honda/CG 150 FAN ESI, COR VERMELHA, CHASSI DE Nº 9C2KC1670DR014912, PLACA PGH3363/PE, ano e modelo 2013, a referida Moto acima citada encontrasse em nome do senhor José Junior Cordeiro Alves, o declarante afirmou aqui nesta delegacia de policia civil local, que o acidente aconteceu quando a moto derrapou em um poço de lama, e o condutor não conseguiu controlar a referida Moto e o declarante acabou caindo e sofrendo varias lesões, depois foi socorrido por populares que passava pelo o local do acidente para o Complexo Hospitalar Governador Tarcisio Burity, que fica localizado no Bairro de Mangabeira em João Pessoa/PB, a onde o declarante foi atendido, e nada mas disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL referente ao registro de ocorrência supra que deu origem a presente certidão (Art.229 do CPB) falsidade ideológica - p reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos

Obs. Esse documento não substitui o original, é valido somente para obtenção segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.


Declarante


13 JUL 2018
DPVAT


Gaveriano Roberto Laurentino
Escrivão de Polícia
AID-HCC
MAT.: 192.148-8

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PF

Manaíra-PB Em 03 de Julho 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOÃO DE FREITAS PEREIRA

CPF da Vítima

058.236.144-26

Data do Acidente

27/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MARINHA - PB, 02 de AGOSTO de 2018
Local e Data



X João de Freitas Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO

Nº. 0671/2018

Atendendo solicitação de **JOAO DE FREITAS PEREIRA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106794, e Prontuário de Nº 2018.02.004067 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/02/2018 às 09H36min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

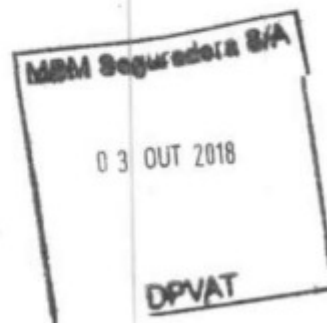
Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/03/2018 com alta médica dia 09/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de maio de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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: 11/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DE FREITAS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000186189-8

Nr. da Autenticação 86BB27B0BA690F5C

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO DE FREITAS PEREIRA,

RG nº 3.320.988, data de expedição 04/05/2006 Órgão SSP/PB,

CPF nº 058.236.144-26, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO UNBUZEIRO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MANAIRA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 98866-8988 - (87) 99970-9666</u>
E-mail	<u>ALCISON GOMES @ BOL.COM.PR</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MANAIRA - PB, 02/08/2018

Assinatura do Declarante: João de Freitas Pereira



058236444-26
João de Freitas Pereira

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Valeio para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 017.565.212



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EDMILSA BALBINO FURTADO
SIT UMBUZEIRO S/N
MANAIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1267741-5

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

21/12/2018

CONSUMO

88

VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 74,76

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

EDMILSA BALBINO FURTADO

Roteiro: 14-169-473-3625

83690000000-8 74760054000-5 12677412018-5 12000169019-3



VENCIMENTO

02/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 74,76

MATRÍCULA

1267741-2018-12-0

MBM Seguradora S/A

01 FEV 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO DE FREITAS PEREIRA,

RG nº 3320988, data de expedição 04/05/2006, Órgão SSP/PB,

CPF nº 058.236.444-26, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO UMBUZEIRO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MANAIRA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(087) 98866-8988 / 99970-9666</u>
E-mail	<u>ALCISON GOMES @ BOL - COM. 3R</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MANAIRA - PB, 07/01/2019

Assinatura do Declarante: João de Freitas Pereira



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXSON LEANDRO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.679.274 / 13, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO DE FREITAS PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.236.144 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOÃO DE FREITAS PEREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.236.144 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

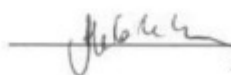
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA ABAMENON MAGALHÃES</u>		Número <u>30</u>	Complemento <u>APTO, 2º ANDAR</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.895-000</u>
Email <u>ALEXSON GOMES @ BOL.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87) 98866-8988</u>

SANTA CRUZ B.V., 30 de AGOSTO de 2018
Local e Data



Assinatura do Declarante

