

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Junior cordeiro Alves,

RG nº 384 9911, data de expedição 23/04/2018  
Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 118 832 584-60, com  
domicílio na cidade de Manaira, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Jose Rosas 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: P6M 3363

Chassi: 9C2Ke 1670 DRO 24922

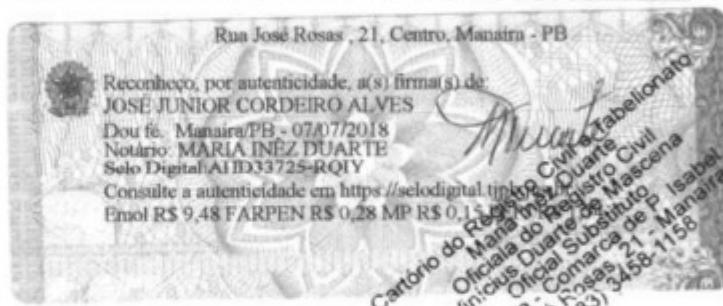
Data do Acidente: 21/01/2018

Local e Data: MANAIRA, 07/07/2018

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, vitima 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, data 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



PF : TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
C. HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 106794 Atd: Nao Regula  
Data: 28/02/2018  
Hora: 09:36:45  
Repcionista: NARJARA DOS SANTOS AI  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 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.: SITIO DO CRUZEIRO, OZONA RURAL

Bairro: CENTRO Cidade: PRINCESA ISABEL UF :PB

Mae: CARLINDA JUSTINO DA SILVA

Pai: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: SUBRINO/ JOAO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Asporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM AS 06/

Vitima de violência por: PROX. DE CASA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
TR: 'A NO PE		Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

*Fractura maléolo tibial*

Conducta

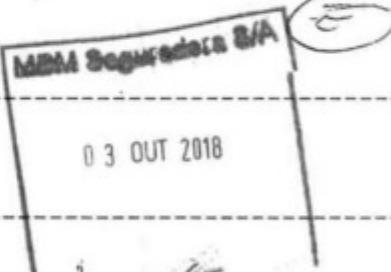
Prescricao

Horario da medicacao

*O interciso segredo*

03 OUT 2018

DR. VAS



-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
|  
|  
|  
|  
|  
|  
|  
|  
|  
|  
-----

{ ANOTACOES DA ENFERMAGEM }

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

{ ----- | Reservado p/ liberacao }

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*2 Jean et Enfermista*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Tiôz de Freitas **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:** fori d'ni b'cos f'm'cio ent'ra'nd'co  
**HDA:** nf'is ent'ra'nd'co d'c' e a'c'  
W'nt' g'os f'm'cio  
  
**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 Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas  
Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume  
**AGU:** Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria  
Mal Cheiro Corrimiento Outras: \_\_\_\_\_  
**SME:** Dor \_\_\_\_\_ Rigidez pós-repooso Deformidades  
Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos  
**SN e PSQ:** Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade  
Amnésia Libido Humor  

03 OUT 2018

*DPVAT*

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]JDM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_

**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: *O fato de molelo letal (C)*Conduta: *O intérigo deve proceder**6 dias*

MBM Seguradora BIA
03 OUT 2018



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jose de Freitas</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>8/3/11</i>	Cirurgião: <i>Enlacer Far</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: <i>10:00</i> T: <i>10:00</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fract. toracogelo L</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>fix. e injeta em dor</i>					
<i>fixo</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					

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Pele nua anterior.

Intervenção é curta.

**Incisão:**

Incisão reta.

Real. reta.

**Achados:**

Fixo clivado e fraco.  
Junto

Guia e curto.

**Conduta:**

  
CPF 203.096.674-34  
CRM 4427  
Ortopedia Traumatologia  
Orlando C. Ferreira Filho

**Fechamento:****OBS:**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MÉDICO/CRM



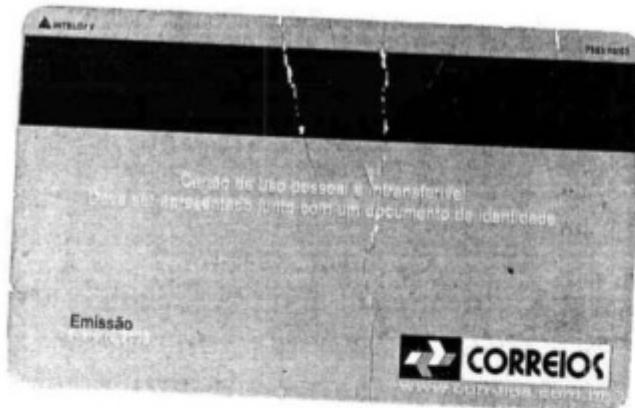
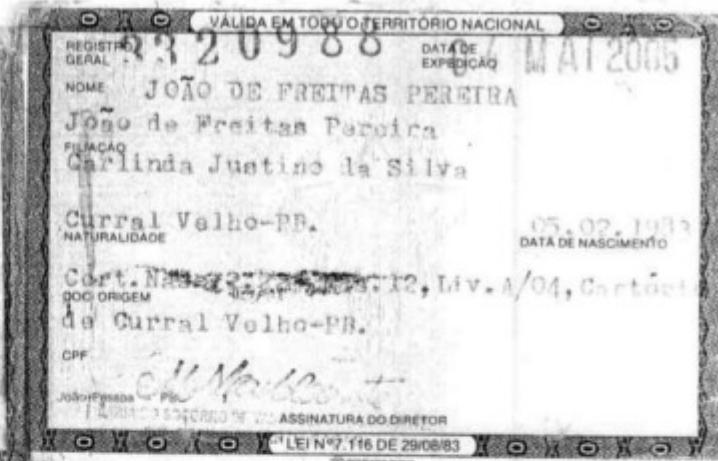
## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME:	Guilherme de Fábio Pereira			PRONTUÁRIO N°				
IDADE:	38 a.	SEXO:	MASC	COR:	CLÍNICA	ENF	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO:	03/02/2018			DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO INICIAL:	Tumor envolvendo o côlio D				CID			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	Tumor envolvendo o côlio D em local distal							
OUTROS DIAGNÓSTICOS:								
PRINCIPAIS EXAMES:	Uma vez a exame físico							
PROCEDIMENTO REALIZADO:	Ressecção cirúrgica							
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:								
ANATOMIA PATHOLÓGICA:								
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:								
CONDICÕES DE ALTA:	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)	<p>Ressecção submucosa e procedimento cirúrgico com remoção de tumor e seios apico-pares nesse hospital. Cura adquirida e sentimento de bem-estar.</p>							

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:			MM Segredaria S/A
REPOUSO:	Relativo em casa por	dias.	03 OUT 2018
	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:	Lavá-la 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 4 Mexolid		
DATA	Dra. Laiana Barreto Médica CRM/CRN - 8491		

RETORNO	Ao posto de saúde em	para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do	em 30 dias para revisão.
09/03/2018		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		





PRODUCED PLASTICWARE 11298959815

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1298959875

www.aseguradora.bh

03 OUT 2018

DRVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADAS

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

DETTRAN - PE		NP 013726808611	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLAQUE	ÓDO HENAVAM	INSTR.	EXERCÍCIO
1	516350090	EX 2016	2016
NOME			
JOSE JUNIOR CORDEIRO ALVES			
SERPA TANQUEADA - PE			
CPF / CNPJ	PLACA	0	DATA EMISSÃO
115.071.534-89	8GH387	2.018	19/05/2018
PLACA ANTO/UF	CHASSI	VIA	PLACA
PE	102871870ER614912	110.631.584-60	2GH3863
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	RENAVAM	MARCA / MODELO
PIAS MOTOCICLETA	GLICO GASOL	16400090	HONDA / CG 150 FAN E3I
MANO / CG 150 FAN E3I	ANO FAB.	ANO FAB.	NO CHASSI
CAP / PROT / OIL	CATEGORIA	CAT. DIA	9C2KC1310R014912
20/1990 L	PARTIC	2013	
COTA ÚNICA		VENC. COTA UNICA	PRÉMIO TARIFÁRIO
P	2018	QUITADO	VENC. / COTAS
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	PREMIO TOTAL (R\$)
A	1	2 <sup>º</sup> PARCELA	PREMIO TOTAL (R\$)
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
SEGURÓ TÁGIC		10/10/2018	
SEM RESERVA		OBSERVAÇÕES	
SERPA TANQUEADA		CATEGORIA	
Charles Andrade Souza Ribeiro		DATA	
Dir. do Seguro e Seguradora Líder DPVAT		16/05/18	

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			
0	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2.018	2.018	19/05/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
110.631.584-60	2GH3863		
RENAVAM	MARCA / MODELO		
16400090	HONDA / CG 150 FAN E3I		
ANO FAB.	CAT. DIA		
2013	9	9C2KC1310R014912	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FAB (R\$)	DESENTRAL (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		PAGAMENTO	
SEGURÓ PAGO		10/10/2018	
PAGAMENTO		DATA DE OUTURAÇÃO	
COTA ÚNICA		PARCELA DO	
COTA ÚNICA		10/10/2018	
DATA DE OUTURAÇÃO			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 00.248.080/0001-09			
ESTAQUI E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE PONTO DE VENDA			

MINISTÉRIO DAS CIDADAS

03 OUT 2018

DPVAT



MEM Segments S/A

03 OUT 2018

DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA \_\_\_\_\_ DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_ 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 NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SIMPLES E LEGÍVEL
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 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 90 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURO LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_

IDENITDADE \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

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

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

---

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](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, 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](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**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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.

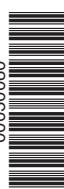
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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	JOÃO DE FREITAS PEREIRA	CPF titular da conta	05823644426	Profissão	Receita
Endereço	Sítio Umbuzeiro	Número	SN	Complemento	CASA
Bairro	RURAL	Cidade	MANAIRÁ	Estado	PB
Email				CEP	58995000
				Telefone (DDD)	87 988668988

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUZO 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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
00 43		186 179	8
(Informar dígito se existir)			

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

MANAIRÁ - PB, 02 de AGOSTO de 2018

Local e Data

MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

JOÃO DE FREITAS PEREIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante



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 encontre 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 MANAIRA ESTADO DA PARAIBA 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 vitima 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. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**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 de segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

~~Gaveriano Rebello Laurentino~~  
Exercício de Policia  
ADM/C  
MAT.: 182.148-8

Delegacia de Polícia Civil de Manaira - PF

Manaira-PB Em 03 de Julho 2018

**Declarante**

MBM Seguradora BH

3 C.J. 2018

PRIVATE

CARTÓRIO REG. CIVIL E TABELOONATO  
Rua José Ribeiro, 21, Centro, Manaus - PB

AUTENTICAÇÃO

inform que me fui  
M. María Pérez Duarte  
Oficiala  
51876764-15  
Registro Civil

Ca Mn Sr Co Eu

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

058.234.144-26

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 atende 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.

MANAUS - AM, 02 de AGOSTO de 2018

Local e Data

MBM Seguradora S/A  
03 OUT 2018

DPVAT

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, vitima 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, data 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 3320.988, 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)	SITIO UMBUZERIU
Número	S/N
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	MANAI RA
Estado	PBANALIBA
CEP	58.995-000
Telefone de Contato	(87)98866-8988 - (87)99970-9666
E-mail	ALVERSONGOMES@BOL.COM.BR

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MANAI RA - PB, 02/08/2018

Assinatura do Declarante: João de Freitas Pereira



068236444-26  
João de Freitas Pereira



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 017.565.212

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0901-40 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

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2018

21/12/2018

88

02/01/2019

R\$ 74,76

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTEQUE AQUI

EDMILSA BALBINO FURTADO

Roteiro: 14-169-473-3625

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
02/01/2019	R\$ 74,76	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>SITIO UMBUZIRO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MANAIRIA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(087) 98866-8988 / 99970-9666</u>
E-mail	<u>ALICKSONGOMES@BOL.COM.BR</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: X Josa. de Freitas Brilho



**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 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 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**<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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALECKSON 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 / 24, 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		Número	Complemento
<u>RUA AGAMON MAGALHÃES</u>		<u>30</u>	<u>APSO, 2º ANDAR</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CRANTIL</u>	<u>SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE</u>	<u>PR</u>	<u>58.835-006</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>ALECKSON GOMES@BOL.COM.BR</u>			<u>(87) 98866-8988</u>

SANTA CRUZ B.V. , 30 de 16 OSUO de 2018  
Local e Data

flávio  
Assinatura do Declarante

