

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: 30/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000049464-7

Nr. da Autenticação A57818167369E0D0

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2014

Carta nº: 5342954

A/C: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA

Sinistro: 2014858559
Vitima: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA
Data Acidente: 28/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2014

Carta nº: 5418044

A/C: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA

Sinistro: 2014858559
Vítima: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA
Data Acidente: 28/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2014

Carta nº: 5598261

A/C: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA

Sinistro: 2014858559
Vítima: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA
Data Acidente: 28/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000049464-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

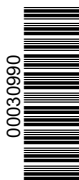
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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): Valdicelia da Silva Bezerra
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Padre Roma, S/N
Vila Tibiri Santa Rita PB CEP: 58300-770
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1693346
Data local do exame: [27/10/2014] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

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

Pericianda vítima de acidente de motocicleta, sofreu traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura de rádio Distal esquerdo, e traumatismo no pé direito que resultou em fratura de metatarsos.

- 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.

Pericianda tratada cirurgicamente, osteossíntese com placas e parafusos no rádio e metatarsos, evolução insatisfatória , teve alta definitiva em 30/07/2014.

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

(X) Sim () Não

Existindo seqüela(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.

Pericianda sequelada de fratura de rádio Distal esquerdo, apresenta ao exame físico, edema residual, limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo, e sequelada de fratura de metatarsos do pé direito, apresenta ao exame físico, edema residual e limitação de mobilidade articular do referido pé.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Punho Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Pé direito.

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - 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.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RAZELE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 4518 TESTE 8334



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Valdineia da Silva Bezerra portador da
carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF sob o nº 759.907.334-53
residente e domiciliado na Rua Padre Roma, 421
_____, Cidade Santa Rita,

Estado PR, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado
de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Valdineia da Silva Bezerra
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valdiléia da Silva Bezerra

RG nº _____, data de expedição ____/____/____

Órgão _____, CPF nº 759.907.334-53, 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>Rua Padre Roma</u>
Número	<u>421</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>jardim Europa</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.300-770</u>
Telefone de contato	<u>Cinthia - gillb@hotmail.com</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____/____/____

X Valdiléia da Silva Bezerra

Assinatura do Declarante





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PALMAZ
Rua Felício Cima, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-970 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM
A CAGEPA, INFORME
ESTE NÚMERO

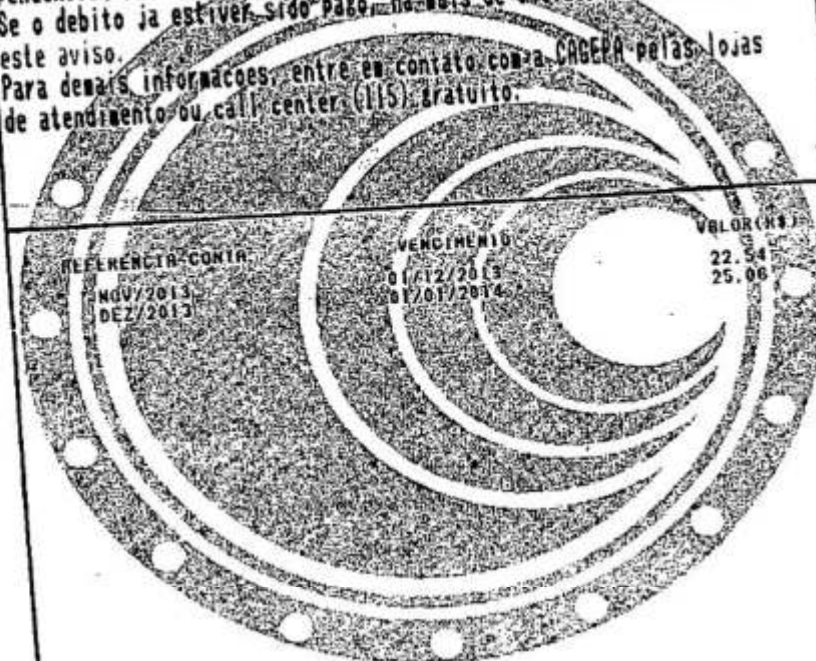
MATRÍCULA
70666043
N. OSP
33077223

ADRIITON DE SOUZA
RUA PF ROMA. 114
JARDIM EUROPA
SANTA RITA

58300-770

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
003.10.010.0672	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	0
1	0	0	0			
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
R12H195014	14/05/2013	4	LIGADO	POTENCIAL		

Consta(n) em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de contas anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(n) o imóvel à suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido pago, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.
Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (115) gratuito.



EMISSÃO:

2 11/2014

Total a Pagar:

R\$ 47.60

	MATRÍCULA	N. OSP	EMISSÃO	TOTAL A PAGAR
	70666043	33077223	20/01/2014	R\$ 47.60
92850000000-3 47800010900-1 70666043033-9 07722300000-9				

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
10 SET. 2014

PÁGINA: 12



CERTIDÃO

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



*1004

114

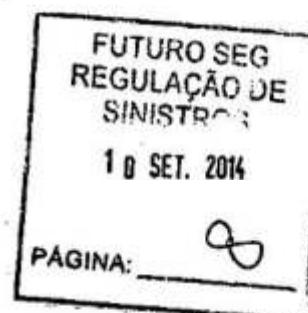
Atendendo solicitação do senhor GERLANDO PEREIRA DA SILVA, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 644975 e Prontuário Nº 2014.04.003335 pertencente a **VALDICÉLIA CORDEIRO DA SILVA** que foi atendida na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 28/04/2014 às 17h57min, vítima de queda de moto, apresentando dor em pé direito e punho esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal e metatarso. Realizado cirurgias dias 28/04 e 12/5/2014. Alta dia 15/05/2014.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, relato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de agosto de 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Vanicele C. Silva portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S52.6 + S92.3, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 90
NOVENA dias, a partir desta data.

João Pessoa, 28/04/14

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Milton da Silva
CRM 4714 TEOT 015
Ortopedia Traumatologia

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 504, CEP 55056-354, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
10 SET. 2014

PÁGINA: 0



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Valdeir Lacerda Lima</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>28/04/14</i>		DATA DE ALTA <i>13/05/14</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Esg. de todos dist. (E)</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Plas 4 e 11</i>					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<i>Plas 4 e 11 (E)</i>	

DIETA:		FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS 10 SET. 2014 PÁGINA: <i>7</i>
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: Lave-a 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:		

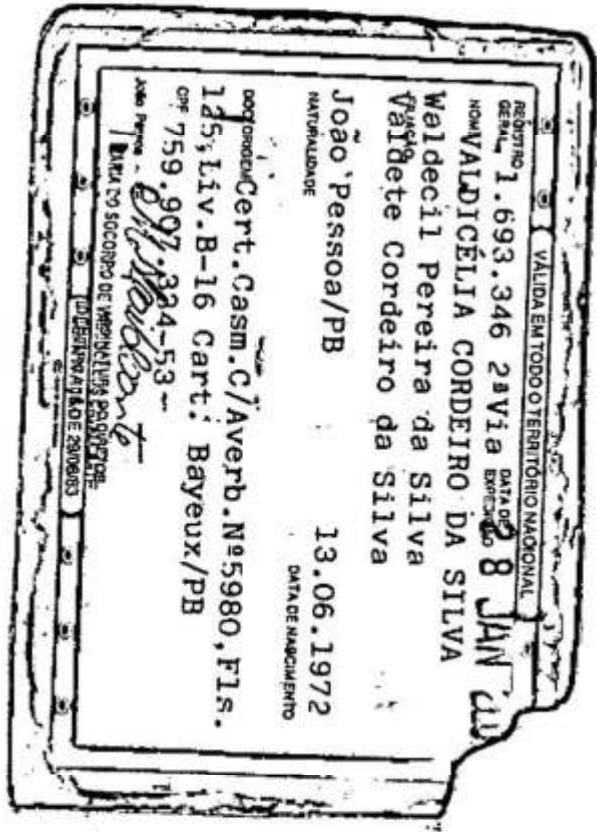
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.
---------	---

DATA <i>13/05/14</i>	ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

100403



FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
10 SET. 2014
PÁGINA: 2

75
(E) 28/05/14



FUTUROSEG

Reguladora de Sinistros



Curitiba, 10 de Setembro 2014.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: Valdicélia
End: Rua Padre Roma, 421
Cidade: Santa Rita - PB

OUTROS

1004054



Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT –
Sinistro de Invalidez – Valdicélia Cordeiro da Silva

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recebemos os documentos do processo acima mencionado em 10/09/2014, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

- Certidão de casamento da vítima (nome na conta divergente)

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Líder/Consorcio -DPVAT, para finalização.

Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTURO SEG
Reguladora de Sinistros



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO:

VÍTIMA Valdineia
DATA DO ACIDENTE 28/04/14 CPF DA VÍTIMA 9.907.334-53
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 18 VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Padre Reme BAIRRO del Europa
Nº 421 COMPLEMENTO _____ CEP 58.300-770
CIDADE Santa Rita UF PB
E-MAIL Cynthia - gilechot 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 AULA 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 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 E SEUS GRAUS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, LABORATÓRIOS, HOSPITAIS, CONSULTÓRIOS, QUILOAS, RECEIÚARIO 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

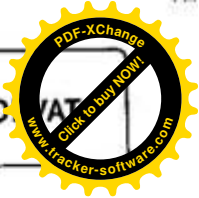
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Nº DO SINISTRO 2034/858569 < 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, Valdicleia da Silveira Borges
 PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF 999907334-53 /CNPJ _____, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 911 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 99969-7

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

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Valdicleia da Silveira Borges

! ATENÇÃO

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



AUTO-ATENDIMENTO - ag. trincheiras

DATA: 05/09/2014

HORA: 12:58:22

TERMINAL: 00371408

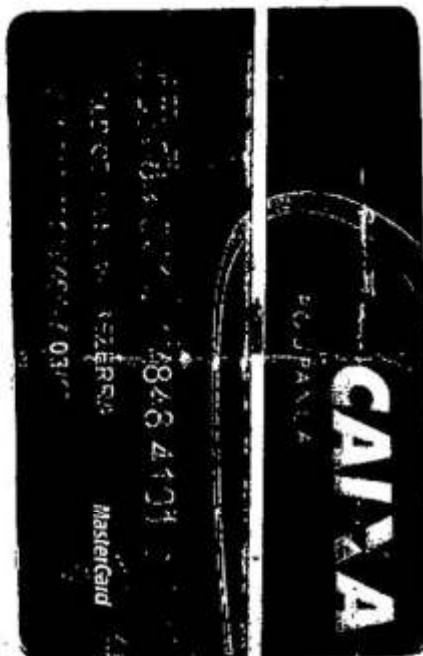
CONTROLE: 003714080090

AGÊNCIA: 1911 - BAYEUX

CONTA : 013.00.049.464-7

CLIENTE: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-5334

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2284/2014



Aos dois dias do mês de setembro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 14:27h, compareceu o (a) Senhor (a): **VALDICÉLIA CORDEIRO DA SILVA**, brasileira, natural de João Pessoa/PB, Divorciada, com 42 anos de idade, Vendedora, Ensino Médio, filha de Waldecil Pereira da Silva e de Valdete Cordeiro da Silva, RG. 1.693.346-SSP/PE, residente na Rua Padre Roma, nº 421-A, Tibiri II, Santa Rita/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 28/04/14, por voltadas 16:30h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA CB600F HERNET, cor preta, ano 2008, de placa DWU-5222PB, chassi nº 9C2PC42008R000581, registrada em nome de Marcelo Marques Guimarães filho, na ocasião que o condutor desta trafegava pela Avenida Vasco da Gama Bairro de Jaguaribe, nesta cidade de João Pessoa/PB, após perder o controle de direção caiu ao solo, tendo a notificante sofrido fratura do rádio distal esquerdo e metatarso direito, sendo conduzida ao Complexo Hospitalar de Mangabeira onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 02 de setembro de 2014.

Notificante

Delegado de Polícia Civil
Mat. 135.682-8



TABELIONATO DE NOTAS
RUA RODRIGUES DE AQUINO, 56 - CENTRO - JOÃO PESSOA - PB
FONE/FAX: (83) 3221-2471 / 3221-0438
jtravassos@not.com.br

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 15/09/2014 16:33:43
Odemir Alberto de Castro - Escrevente
[2014-031136] EMUL:R\$ 1,82 FAX:R\$ 0,22 FEPJ:R\$ 0,05 ISS:R\$ 0,09
SELO DIGITAL: AAF55368-4KGP
Confirma a autenticidade em: <https://selodigital.tiob-jus.br>

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

10 SET. 2014

PÁGINA: 5



CERTIDÃO DE CASAMENTO

1004035



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

1º SERVIÇO REGISTRAL GLÓRIA DE ARAÚJO SILVA

Registro de Nascimento, Óbito e Casamento

ANA VIRGINIA DE ARAÚJO SILVA (Titular) - ROSA HELENA A. DE M. MONTEIRO (Substituta)

Av. Liberdade, 4135 - Centro - Bayeux - PB CEP 58.306-001 Tel. Fax (0xx81) 212-1951 e-mail bayeux@registrocivil.pb.gov.br

Deus seja Louvado

CERTIDÃO DE CASAMENTO

Certifico que ~~em~~ na fls. 125, sob o nº 5980, do livro nº 5-12 de registros de casamentos, foi lavrado o assento do matrimônio de **IVANALDO DE SOUZA BEZERRA** e **VALDICELIA CORDEIRO DA SILVA**, contraído na dia vinte e seis do Janeiro de mil novecentos e noventa, perante o Sr(a). Juiz(a) de Direito dos Registros Públicos em exercício do Francisco José da Costa, Juiz de Paz Ad-hoc, e as testemunhas constantes do termo.

O contraente é nascido em Ceará Mirim, Estado do Rio Grande do Norte, em 12 de Janeiro de 1968, de estado civil solteiro, de profissão serralheiro, domiciliado e residente Rua Cabo da Mata nº 404, filho de FRANCISCO CANINDE DA SILVA BEZERRA e IVANEIDE DE SOUZA BEZERRA.

A contraente é nascida em João Pessoa, Estado da Paraíba, em 18 de Junho de 1972, de estado civil solteira, de profissão estudante, domiciliada e residente Rua Nelson Santos Leal nº 192, filha de WALDECI PEREIRA DA SILVA e VALDETE CORDEIRO DA SILVA.

A contraente em virtude do casamento, passará a usar o sobrenome de **VALDICELIA DA SILVA BEZERRA**.

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 159, números I, II, III e IV do Código Civil brasileiro, e adotado o regime **Comunhão Parcial de Bens**.

Observação: registro lavrado em 08 de Janeiro de 2005
AVERBAÇÃO DE DIVÓRCIO LITIGIOSO: vida velha.

O referido é verdade e dou-lo.
BAYEUX, 27 de Janeiro de 2005

[Assinatura]
Glória de Araújo Silva
Oficial de Registro

1º SERVIÇO REGISTRAL
Glória de Araújo Silva
CGC 28.602.650-0001-03
Ana Virginia de Araújo Silva
Oficial de Registro
Rosa Helena Alves de Mello
Substituta
Av. Liberdade, 4135 - Bayeux - PB
CEP 58.306-001 - Fone: (81) 212-1951

ATUANDO
REGISTRO DE CASAMENTOS
18 7 OUT. 2014
6



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014858559 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 28/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO E EM PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO PROVENIENTE DA PARAÍBA

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

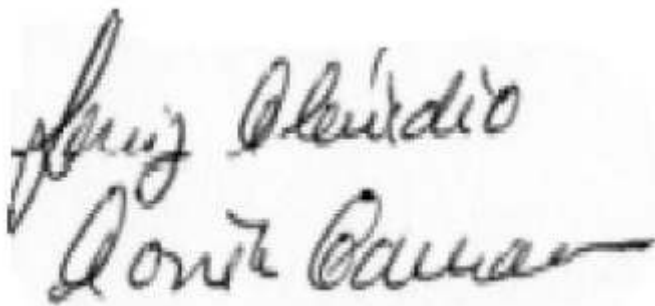
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LUIZ CLAUDIO CORREA CANAAN

CRM do médico: 52.48068-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014858559 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDICELIA DA SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 28/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Pericianda vítima de acidente de motocicleta, sofreu traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura de rádio Distal esquerdo, e traumatismo no pé direito que resultou em fratura de metatarsos.

Descrição do exame médico pericial: Pericianda sequelada de fratura de rádio Distal esquerdo, apresenta ao exame físico, edema residual, limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo, e sequelada de fratura de metatarsos do pé direito, apresenta ao exame físico, edema residual e limitação de mobilidade articular do referido pé.

Resultados terapêuticos: Pericianda tratada cirurgicamente, osteossíntese com placas e parafusos no rádio e metatarsos, evolução insatisfatória

Sequelas permanentes: Dano moderado em punho E

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOÃO BARTOLOMEU

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

