



Número: **0802067-29.2016.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **16/06/2016**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA (AUTOR)	THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO (ADVOGADO) Raimundo Rodrigues da Silva (ADVOGADO) RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
33180 049	13/08/2020 11:38	<u>2742136_CONTESTACAO_Anexo_02</u>

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2015

Carta n°: 8313909

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117
Vitima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8659455

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117
Vitima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
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: **DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA**

Valor: **R\$ 5.062,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **0000001337-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.062,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
--	-----	-----------------

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
--	-----	-----------------

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

Pag. 00797/00798 - carta_15R



00020399

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: 04/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

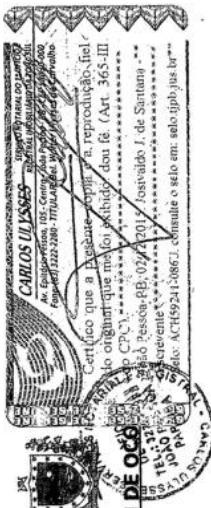
CONTA: 000000001337-8

Nr. da Autenticação 23B66A93F1AE38B4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:38:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311381434500000031760001>
Número do documento: 20081311381434500000031760001

Num. 33180049 - Pág. 3



Livro nº 001/2015
Ocorrência nº. 2278/2015 ✓

Aos Vinte E CINCO dias de NOVEMBRO de DOTS MIL E QUINZE, nessa cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) do seu cargo, ai, por volta 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA, conhecido por DEBORA, identidade nº 2636.905-SSP/PB, CPF nº 046.451.414-22, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: balconista de supermercado (filha) de Jose Gomes Da Silva Garcia Da Silva, natural de Santa Rita /PB, nascido(a) em 02/09/1984 (31 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nova Floresta,200, Tibiri 31, tendo como ponto de referência: proximo ao tunel, na cidade de SANTA RITA , fone(s) para contato: 83 98738-1397.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 14 de 06 de 2015; ✓
- 3) HORÁRIO: 22h:40min;
- 4) LOCAL: VIA PÚBLICA;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISO BURITI;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VÉHICULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VÉHICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VÉHICULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DOS(VEHICULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

UMA MOTO HONDA CG 150 TITAN EX, DE COR VERMELHA, ANO MODELO 2013, CHASSI 9C2K1660DR528291, PLACA OFZ 5158, MUNICÍPIO BAYEUX-PB, TENDO COMO PROPRIETÁRIO O ANTONIO CARLOS DOS SANTOS.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NAO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

A NOTIFICANTE DISSE QUE NO MOMENTO EM QUE CONDUZIA A MOTO, SUPRATIDA, INICIOU-SE UMA CHUVA, E COMO PORTAVA UMA BOLSA, A COLOCOU A TRAS DAS COSTAS, NESSE MOMENTO, SE DESEQUILIBROU EM UM QUEBRA MOLA, POIS NÃO A CAIR NA AVENIDA, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS SENDO LEVADA PARA O HOSPITAL SUPRACITADO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL N° 767521, LÁ PERMANECEU QUATRO DIAS SEM PREVISÃO DE CIRURGIA, SENDO CONDUZIDA DEPOIS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME BOLETIM DE ENTRADA N° 846.123 COM POLTRAUTISMO SEGUNDO CID 10 V29+S2.5.0+S2.1.0.

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DOS DOCUMENTOS PERDIDOS/EXTRAVIADOS.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(o) que digitei.

F/C DPVAT
GRANDBERG
08 DEZ 2015





Seguradora Lider - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN

Nº DO SINISTRO	/AT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, juntamente com dados de terceiros que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atrasos no recebimento da indenização no banco.

EU, Suelio Moreira Torres, garante da Seguro DPVAT, portadora do RG nº 26.269.07, expedido por 557, CPF 011.541.141-412, CNPJ 00.000.000/0000-00, PROFISSÃO DEZIN, E RENDA MENSAL DE R\$ 2.500,00 (dois mil e cinqüenta reais), na QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DA POLÍTICA DE INDENIZAÇÃO / REIMBOSO: SEGURO DPVAT DA VITIMA, DPVAT LIDER, Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT, AEFETUAR O CREDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS.

(*) A Circular Seguro nº 445/2012, que traz a previsão à invogar de dinheiro no mercado segurado determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre o profissional e da faixa de renda mensal.

Para evitar repaginagem de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos apresentem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário-Familiar ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos apresentem termos tais como: CNPJ ou ME, NIE (micro empresa) ou IDAC DPVAT
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atrelada a limite de movimentação do financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF, aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesta momento revoce-se a azeitão de proposta de abertura de conta caso documentado comprovação dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RFB/FEIRA;
- www.racelita.caixa.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida escrito à mão, por meio de extratos, bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informaçõe de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 10 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1011 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1000-337-8

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

Santos, 27 de Novembro de 2015 Suelio Moreira Torres
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$11.500,00 em caso de morte de valor que será pago aos legitimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente no Estado de São Paulo, indenização de até R\$11.500,00 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\$ 2.000,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-AGENDAMENTO - AG. Cachoeiro PB
Data: 24/11/2015 HORA: 12:24:00
Identificação: 26561007 Controle: 003611070248

AGÊNCIA: 1914 - SANTA RITA

CONTA: 013.000001337-8

CLIELENTE: DEBORA ROSSALINE GARCIA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
08/11	2,61
14/11	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/06/2012

DATA	VALOR
14/11	405,63

DETALHAMENTO

DATA NR. DOC. HISTÓRICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

405,35C

Novembro

DATA	VALOR
08/11	REM. BÁSICA
08/11	CRED. JUROS
14/11	REM. BÁSICA
14/11	CRED. JUROS

RESUMO EM 23/11

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONÍVEL

SALDO TOTAL

408,24C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC Caixa: 0800-726 0181

Devidamente da Caixa: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE

CAIXA.GOV.BR/NOVA

FC DPVAT

GRANDBERG

08 DEZ 2015





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

SINISTRO

Número do Sinistro: 3151041117

Protocolo de Seguro DPVAT

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
CPF: 046.451.414-22
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do Acidente: 14/06/2015
Titular do CPF: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Entregue		
Documentação médica-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA	Dispensado		
Alvará judicial	Entregue		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

" O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do Pedido de Indenização, acesse www.dpvatesguaro.com.br ou ligue 0800-0221294.
" A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6.194 / 74.
Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 16/12/2015
Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
CPF: 046.451.414-22

Responsável pelo recebimento na seguradora:
Data: 16/12/2015 10:22
Nome: Paulo Ricardo Ximenes de Paiva
CPF: 322.960.293-53

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Paulo Ricardo Ximenes de Paiva



PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

NISTRO

Número do Protocolo: ASP-2540157015

PROVVISORIO

Natureza:Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
 Seguradora: MBM SEGUROADORA S/A
 Cpf da Vítima: 046.451.414-22046.451.414-22
 Dependência: 2015
 Próprio

DOCUMENTOS SISTREO

Documento	Data	Estado	Observação
Boleto de ocorrência	08/12/2015	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

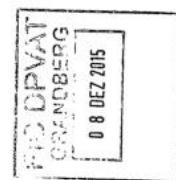
Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
 Número documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
 Telefone: (83) 99332-9009/(83) 99332-9009
 Celular: (83) 988729070/(83) 988729070

Até o dia 08/12/2015 é necessário que o beneficiário compareça ao seu agente de atendimento ou ao seu corredor de seguros para que o seu documento seja protocolado na caixa, ficando assim registrado o seu comparecimento.

Data de emissão desse aviso provisório: 08/12/2015





SEGURO-DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Delina Rosaline Garcia da Silva
DATA DO ACIDENTE 19/10/2015 CPF DA VÍTIMA 046.451.414-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Delina Rosaline Garcia da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA Delina Rosaline Garcia da Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Nova Floraia
NP 200 COMPLEMENTO BAIRRO Município
CIDADE Santa Rita UF PB CEP 58302-275
E-MAIL FONE ()

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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO 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, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE DUT

- 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)
 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, TAI 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00. 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, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

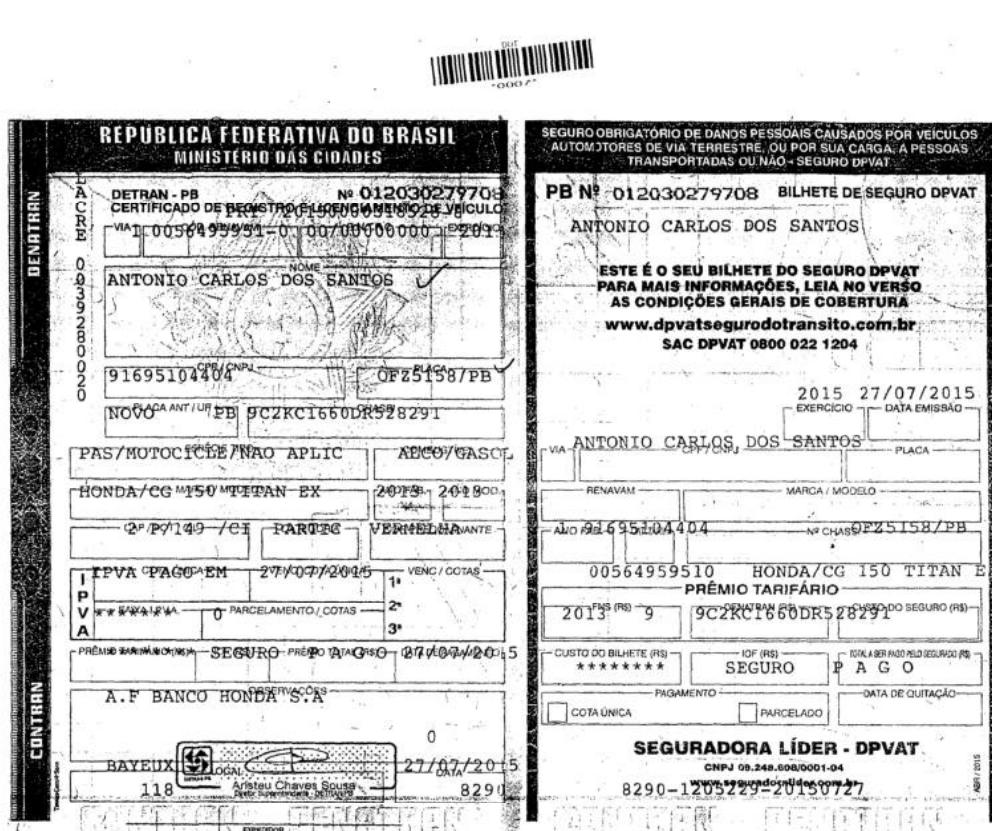
DATA 04/08/2020 CPF 046.451.414-22

ASSINATURA Delina Rosaline Garcia da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA NOME

NOME ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:38:14
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008131138143450000031760001>
Número do documento: 2008131138143450000031760001

Num. 33180049 - Pág. 10



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL	
NOTA REGISTRO GENÉRICO	DATA DE EXPEDIÇÃO
636905	
DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA	
José Gomes da Silva	
Maria Lúcia Garcia da Silva	
Santa Rita PB	02.09.1984
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
Cert. Nasc. 30.706, Fls. 220, Liv.	
DOC. ORIGEM	
A-26, Cart. de Santa Rita PB	
CPF	
Jônio Pessas - PB	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 9.716 DE 2008/03	





Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 046.461.414-22

Nome da Pessoa Física: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 02/09/1984

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2001

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 21:08:14 do dia 08/12/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 548F7E17.9E2A.F13F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço

Este documento não substitui o

(Modelo aprovado pela INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Ficha de Atendimento Ambulatorial

HESSL

PRESCRIÇÃO:	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:	
Assinatura e Carimbo da Enfermagem:	
ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:	
Assinatura e Carimbo da Enfermagem:	
PROCEDIMENTOS: <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Tipóia Grande <input type="checkbox"/> MJ <input type="checkbox"/> Aparelho Gessado: <input type="checkbox"/> Tala Gessada: <input type="checkbox"/> <i>Velpu em Crepon</i> <input type="checkbox"/> Retirada de Pontos <input type="checkbox"/> Tala Metálica <input type="checkbox"/> Outros:	
EXAME RADIOGRÁFICO: Local: <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo Incidência: <input type="checkbox"/> Antero - Posterior <input type="checkbox"/> Postero - Anterior <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Especial Assinatura e Carimbo:	
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Retorno Ambulatorial <input type="checkbox"/> Alta Ambulatorial Assinatura do Médico e Carimbo:	





RE **ÍRIO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS**
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - **OPME**

Número: _____
Paciente: Adriana Roseline Garcia Silva

Procedimento Trat. Eruv. Frat. Radio Distal Q + Trat. Eruv. Frat. SUS: (A) Não SUS () Plaquetas liberadas () Médico DR² Ricardo + DR² Kourtney + DR² Taquilo (A1).

Primituário: 846123

Date: _____ / _____ / _____

Reposição: _____

EFIC DPVAT
GRANDBERG

Data: 26/01/15

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<i>Salvo se houver A-50</i>	(01)		

Dra. Diana M. M. F. Ramos
Médecine
CRM-PE 7044

ASSINATURA DO MINISTÉRIO - CRM

João Batista da Silva Galdão
COREN-PE 424.987
SANTOS
ASSINATURA FARMACÊUTICO - COREN

E(NG) ABC 013-2





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Início:	<i>Procedimento para tatuagem de número 123 do mutuário</i>
Achados:	<i>Não houve lesões de número 123.</i>
Conduta:	<i>Fios 45 Tattoo anestetico faz mutuário</i>
Fechamento:	<i>[Signature]</i>
Observação:	

João Pessoa, ___ / ___ / ___

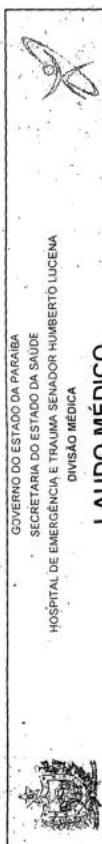
F(NG)ASCIR.009-1

Médico/CRM: _____





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HENRÉCIO
Laudo Médico / Resumo de Alta



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/84
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA
DADOS EXTRAIÓDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	846 123
PRONTUÁRIO N.º	89.286
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/15
HORA DO ATENDIMENTO	11:26H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO
CID 10	V29 + S82.5.0 + S82.1.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCÍCLISTICO, HÁ \pm 10 DIAS, ENCAMINHADO POR OUTRO SERVIÇO, COM QUEIXA DE DORES EM PUNHO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, ENCAMINHADA POR OUTRO SERVIÇO.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL.
RX DE JOELHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE PLATÓ TIBIAL ESQUERDO
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS.

TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÓ TIBIAL ESQUERDO COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA INGUINO-PODÁLICA, OPERADA POR DR. KARTNEY + TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM OSTEOSÍNTESE, OPERADA POR DR. RICARDO RAMOS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILOPAMAR.

ALTA HOSPITALAR:

28/06/15 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AGENDADO

09/10/2015

DATA DA EMISSÃO:

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Dr. Joacilma Braga Brandão

CRM: 1741/JPB





Declaracão do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Carlos dos Santos, RG nº 1679-205, data de expedição 13/12/2011, Órgão SSP, dono do CPF nº 31695104404, com Domicílio na Rua Jardim das Rosas, 1000, onde
cidadão de Santa Rita, no Estado de Pernambuco, declaro, sob as penas da Lei, que
(RUA/Avenida/Estrada) nº 59, complemento Edif. Sonho, o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Delcena Nohaline Gancia Sílvio, o condutor era Antônio Carlos dos Santos.

veiculo: Honda / CG 150 Titan Ex
Ano: 2013 / 2013
Modelo: Honda / CG 150 titan
Placa: OF-51-08 PB
Chassi: 9G8KCK1660DR528291
Data do acidente: 19/01/2015

Local e data: Santo Rita PB - 25/11/2015

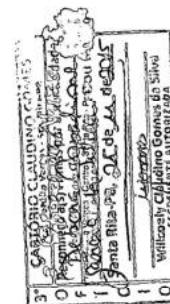
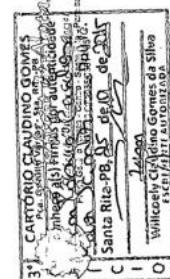
John C. B. S.

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

3 oficia



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é a vítima reclamante do sinistro) (Assinare e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:38:14
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008131138143450000031760001>
Número do documento: 2008131138143450000031760001



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Debora Roseane Gancia da Silveira,
RG nº 2636905 data de expedição 09/03/1999,
Órgão SSP, CPF nº 046.454.414-22, venho perante a este
instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Lote/área	R. Nova Flórida
(Rua/Avenida/Praca	
Número	800
Aptº / Complemento	
Bairro	Município
Cidade	Santos Rita
Estado	Paráiba
CEP	58302-275
Telefone de contato	83.99965.5950 / 99872.9070
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / 27/04/2015



Debora Roseane Gancia da Silveira
Assinatura do Declarante

Péricles José Pessoa
Péricles Pessoa





Itau
CREDENCIAMENTO
DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
R. NOVA FORESTA 200
MUNICÍPIOS
58302-275
SANTA RITA - PB
120100000

131104120929520000022170 20015

5487 XXXX XXXX 6080

Pré que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: ita.com.br/carteira/cadastro/fatura-digital



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	317,91
Pagamento efetuado em 04/07/2015	-317,91
• Saldo financeiro	0,00
• Lancamentos atuais	318,47
• Total dessa fatura	318,47

Postagem: 29/07/2015
Vencimento: 09/08/2015
Emissor: 28/07/2015
Fechamento prévio: 04/09/2015

Barcode

131104120929520000022170 20015

5487 XXXX XXXX 6080

Pré que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: ita.com.br/carteira/cadastro/fatura-digital

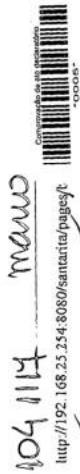
Titular: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Cartão: 5487 XXXX XXXX 6080

Pré que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: ita.com.br/carteira/cadastro/fatura-digital



315 104 1114



http://192.168.25.254:8080/samaria/pag/et



INTERNO. SIN -- CNES: null - Tel.:

Boletim de Atendimento: 45710

Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
90977	DEBORA ROSALINA	Feminino
Data de nascimento	Idade	Português
02/09/1984	31 anos 3 meses 26 dias	
Mãe		
MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA		

Escolaridade

DDD Móvel

Tipo documento

Local de procedência

Email

Responsável (Parentesco)

DDD Fixo

Fone Fixo

Número documento

Religião

Nº Cts

Nome

Tipo

UF

UF

Logradouro

UF

Principal

Bairro

Capitão

Convenio

SUS

Clínica

CLÍNICA MÉDICA

Origem do paciente

RESIDÊNCIA

Detalhe do acidente

Endereço

CEP

65803956

Número

200

Complemento

RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III

Admissão

Data e hora Previsão

14/06/2015 19:02:15

Indicadores e Transporte

Caso policial

Não

Exames complementares

Raio X [1]

Sangue [1]

Urina [1]

TC [1]

Liquor [1]

Ecg [1]

Ultrasoundografia [1]

Código	Descrição
200.0	Exame médico geral

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Secção	Informação	Valor
CLASSIFICACAO DE RISCO	CLASSIFICACAO DE RISCO	14/06/2015 19:10:02
CLASSIFICACAO DE RISCO	ESCALA DE DOR	AREA VERDE
CLASSIFICACAO DE RISCO	QUEIXA DO PACIENTE	DOR 5
CLASSIFICACAO DE RISCO	PA	ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.
CLASSIFICACAO DE RISCO	FR	120X77
CLASSIFICACAO DE RISCO	HAS	102
CLASSIFICACAO DE RISCO	TABAGISMO	NEGA
CLASSIFICACAO DE RISCO	ALCOOLISMO	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	PNEUPATIAS	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	CARDIOPATIAS	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	NEUROLOGICOS	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	DIABETES MELLITUS	Não

Conduita médica

A

Dra. Alana Moura Di Pace
Médica
CRMESP 8566
ALANA MOURA DI PACE
(85661PB)

Debora Rosalina Siqueira
DEBORA ROSALINA SIQUEIRA





Paciente	DEBORA ROSALINA	Idade	31	Sexo	Feminino	BAE	14/06/2015 19:02:15
Data de nascimento	02/09/1984					45710	Telefone de Contato
Mae	MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA					CNS	Prontuário
Endereço	Principai, 200 - RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III	Bairro	Capitão	Município	SANTA RITA	UF	
Acidente	Acidente	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	ALANA MOURA DI PACE	Nº Cons. Regional	
Data/Hora Classificação	24/06/2015 01:50:03					8561/PB	
							Data/Hora Prescrição
							14/06/2015 19:28:05

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

QUEIXA DO PRINCIPAL

QUEIXA DO PACIENTE: ESCORIACÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO. SIC.

ANTECEDENTES MÓRBITOS

HAS	Não
CARDIOPATIAS	Não
DIABETES MELLITUS	Não
PNEUROPATHIAS	Não
NEUROLOGICOS	Não
TABAGISMO	Não
ALCOOLISMO	Não
ALERGIA	
POSSUI ALERGIA?	NEGA

ESCALA DE DOR

ESCALA DE DOR	5	DOOR 5
SINAIS VITais		
PA	120x70	
FR	102	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	ÁREA VERDE
------------------------	------------

Anamnese

PCPE JOVEM VIEJO AO SERVICO COM QUADRO DE ESCORIACOES POR TODO EM BRACO, ANTEBRACO, PERNA ESQUERDA HA 30 MINUTOS, NEGANDO FERIDA DE CONCERNIA

Exame Físico

ESCORIACOES DIVERSAS

CID10





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

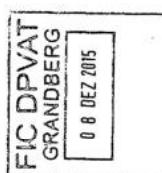
Eu, Delma Rosânia Gama da Silveira, portador da carteira de identidade nº 2636905 e inscrito no CPF nº 046 451 444-22, residente e domiciliado na R. Nova Floraia, nº 00 Municalizada, CEP: 58302-215, Cidade Santa Rita, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que residir não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que residir 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 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.

Delma Rosânia Gama da Silveira
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação
Santa Rita PB - 07 de Novembro de 2015
Local e data



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3151041117 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/06/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / JOELHO ESQUERDO: 75% DE 25% / PUNHO ESQUERDO: 75% DE 25% / TOTAL: 37,5%

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

