

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: 16/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANUZA DIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000487180-0

Nr. da Autenticação 4612DA58A56E119A

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: 0023671
CNPJ: 08.778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE
Estado: PARAIBA
UF: 25

PACIENTE:
Nome: PRONTUÁRIO Nº: 1181278
Prof: SÉRGIO DIAS MOREIRA
Endereço: MENOR. 686-9959 (T)
Município: CAMPINA GRANDE
Data de nascimento: 09/11/2014
RAÇAS: () 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDAS () 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:
TPO
RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
DIAGNÓSTICO

NATUREZA DA CONSULTA
Consulta Básica (PAB):
Consulta Especializada:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

MEDICAÇÃO
ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS:
CÓDIGO / PROCEDIMENTO
CBO
IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA/S) ASSISTENTE(S) - CARIÍMBOS
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - CARIÍMBOS
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIÍMBOS)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

2ª Delegacia Regional de Polícia Civil

10ª Seccional de Polícia Civil

Delegacia Especializada de Acidentes de C. Grande/PB

Rua Raimundo Nonato de Araújo S/Nº Bairro do Catolé-C. Grande/PB Fone-3310-9319



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA, HORA E LOCAL DO FATO: 09.11.2014, às 21:30 hs, na rua- Gilberto Pereira, bairro da Liberdade, nesta cidade.

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 11.12.2014, às 09:15 hs,

COMUNICANTE: VANUZA DIAS DA SILVA, brasileira, solteira, do lar, com 40 anos de idade, nascida em 28.08.1973, natural de Campina Grande-PB, filha de Antonio Dias da Silva e de Antonia Maria da Silva, residente na Travessa Damasco, 14, bairro Santa Rosa, nesta cidade, portador da Identidade de Nº 1.455.675-SSP-PB, Fone- 8809-4218.

VITIMA: DIEGO DIAS MOREIRA, brasileiro, solteiro, estudante, com 17 anos de idade, nascido em 04.10.1997, natural de Rio de Janeiro-RJ, filho de Damião Moreira de Lima e de Vanuza Dias da Silva, residente na Travessa Damasco, 14, bairro Santa Rosa, nesta cidade, portador da Identidade de Nº 3.917.648-SSP-PB, Fone- 8809-4218.

DAS TESTEMUNHAS: FRANCINEIDE FARIAS DE LIMA, brasileira, solteira, do Lar, com 25 anos de idade, nascida em 04.09.1989, natural de Surubim-PE, filho de José Ferreira de Lima e de Francisca Maria de Farias, residente na rua- Goiania, 29, bairro das Cidades, nesta cidade, portador da Identidade de Nº 3.626.382-SSP-PB, Fone- 8102-4453 e BRUNO MAIA DA SILVA, brasileiro, casado, pasteleiro, com 26 anos de idade, nascido em 02.01.1988, natural de Campina Grande-PB, filho de Afonso Maia da Silva e de Maria das Dores Silva, residente na rua- Risalva Nogueira de Carvalho, 310,

ARUANA

22 DEZ 2014

ASS.

USUÁRIO

315 00026 42

22/12

bairro Serrotão, nesta cidade, portador da Identidade de Nº3.415.879-SSP-PB, Fone-8893-5630.

INFRATOR: Não Há.

DA NARRATIVA DO FATO: Informa a comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia na garupa de mototaxista de sinais não identificado, quando passavam pela rua Gilberto Pereira no bairro da Liberdade, o piloto de outra motocicleta de sinais não identificado avançou num cruzamento da cidade e o mototaxista foi livrar a outra moto, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura de tornozelo do pé direito, sendo socorrida por populares e encaminhado ao do Hospital de Emergência e Trauma nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, tendo sido elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente. O comunicante está ciente das penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

DELEGADA: JOSEFA ^{Alves} ALVES DE ASSIS.

COMUNICANTE/VÍTIMA Arzuana dos Reis de Silva

TESTEMUNHA: Francinelle Farias de Lima

TESTEMUNHA: Arzuana dos Reis de Silva

ESCRIVÃO: Ag. -

ARUANA

29 DEZ 2016

ASS.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

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, Vanessa Dias da Silva EM 28.05.14 E
PORTADOR(A) DO RG Nº 3455678 EXPEDIDO POR SSP/AB, PROFISSÃO professora
CPF 00043232609-10 /CNPJ 00000000-00, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Diego Dias Moreira, AUTORIZO A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.
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



! 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 0441 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 48 4180-0

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.

ARUANA

LOCAL Campana Guara-16 DATA 15/12/14

29 DEZ 2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Vanessa Dias da Silva

! 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.

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAMPINA GRANDE
DATA: 10/12/2014
TERMINAL: 00411033
HORA: 15:40:39
CONTROLE: 004110330326

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0041.013.00487180-0
NOME: VANUSA DIAS DA SILVA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 200,00
NÚMERO DO ENVELOPE: 0734668759
NÚMERO DE CONTROLE: 344593147

A confirmação do depósito será dada pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726-0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725-7474
www.caixa.gov.br

ARUANA

29 DEZ 2014

Ass.



DECLARAÇÃO

Eu, **VANUZA DIAS DA SILVA**, brasileira, solteira, portadora do CPF nº 000.732.604-10 e RG nº 1455675-2. Declaro para os devidos fins de direito, que devido ao não comparecimento da unidade móvel do SAMU ou RESGATE no local, prestei socorro a **DIEGO DIAS MOREIRA**, vítima de acidente de trânsito no dia 09 de Novembro de 2014 aproximadamente às 21hs30min na Rua: Gilberto Pereira, bairro da Liberdade, nesta cidade, encaminhando-o para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande - PB.



Campina Grande - PB, 06 de Fevereiro de 2015.

Vanuza dias da Silva

Vanuza Dias da Silva

CPF: 000.732.604-10



**ARUANA
SEGUROS S.A.**

13 FEV 2015

SINISTRO DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Diego Dias Moreira, portador da carteira de identidade nº 3914.68 e inscrito no CPF/MF sob o nº 710 191 964-24 residente e domiciliado na TV Dom Bosco 14 Edifício Cidade Campina Grande - PB Estado PB, 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.

UU1HUS



71004004

Diego Dias Moreira
Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Campina Grande - PB 15/12/14

Local e data

ARIANA

29 DEZ 2014

Ass.

ARUANA

29 DEZ 2014

Ass.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

ASSINATURA DO TITULAR

000.732.604-10

CARTORIO 1 CAMPINA GRANDE-PB

NASC. N. 215197 ELS. 156 LIV. A-227

DOC. GREGEM

CAMPINA GRANDE-PB

28/08/1973

DATA DE NASCIMENTO

NATURALIDADE

FILIAÇÃO ANTONIO DIAS DA SILVA

ANTÔNIA MARIA DA SILVA

NOME VANUZA DIAS DA SILVA

REGISTRO 1.455.675 - 2 VIA EXPEDIÇÃO 28/05/2012

DATA DE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CAIXA

Emissão MAR/2004

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

Cadastro de Pessoas Físicas

CPF

Nome VANUZA DIAS DA SILVA

000.732.604-10

Número de inscrição

Nascimento 28/08/1973

1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPA, A.A., NTC, D. IDENTIF. C. CÃO

V-02

R-234

Assinatura do titular

Assinatura do titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura: *Diego Dias Moreira*

Assinatura Portátil

Carteira de Identidade

P-234

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.917.648

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/10/2010

NOME DIEGO DIAS MOREIRA

FILIAÇÃO NAMÍÃO MOREIRA DE LIMA

VANUZA DIAS DA SILVA

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO-RJ

NASC.N.187506 FLS.4 LIV.1006-A

DOC. ORDEM

CARTORIO RIO DE JANEIRO-RJ

CNP

Assinatura do Portador

17/11/2014 11:16 DE 29/08/83

1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 710.191.964-24

Nome DIEGO DIAS MOREIRA

Nascimento 04/10/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE AE92.047D.0514.4744

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.recarta.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 12:38:56 do dia 21/11/2014 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

ARIANA

29 DEZ 2014

ASS.



NATUREZA DA CONSULTA	CONSULTA BÁSICA (PAB): CONSULTA ESPECIALIZADA:	PROCEDIMENTO <i>Mt 2.8</i>
TIPO DE ATENDIMENTO		
☐ 01 - URGÊNCIA;	☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;	☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRANSITO;	☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS.	
MEDICAÇÃO		
☐ 01 - PRESCRITA.	☐ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA
☐ 02 - APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO
☐ OUTROS		
SERVIÇOS REALIZADOS:		
CÓDIGO / PROCEDIMENTO	QBO	IDADE
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(A)(S) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OPÇÕES DE DIREITO		
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)		

[illegible]

ARUANA

29 DEZ 2016

Ass.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

GOVERNO
DA PARAIBA

Ficha de Acolhimento

Nome:	Kleber 10.007
End.:	Rio de Janeiro 457
Bairro:	Barro Preto
Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	04/01/97
Queixa:	Atc
Data do Atendimento:	09/11/14
Hora:	9:30
Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo
Aspecto:	() Calmo () Fútil de dor () Gemente
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	
Dosagem de HGT:	
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Cama

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Josiane Costa e Silva
ENFERMEIRA
COREM-PA. 00506

Assinatura e carimbo do profissional

ARUANA

29 DEZ 2016

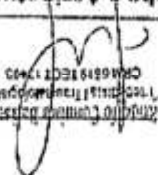
Ass.

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME: <u>Juliana</u>		PRONTUÁRIO: <u>406</u>	
IDADE: <u>25</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>P</u>	PESO: <u>55</u>
ALTURA: <u>1,60</u>	CLÍNICA: <u>406</u>	ENF: <u>406</u>	LEITO: <u>406</u>
DADOS CLÍNICOS:			
MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS: Rx de pescoço AP/ lateral Rx Torax AP/ lateral			
URGÊNCIA ☐	ROTINA ☐	HORA DA SOLICITAÇÃO: <u>09:11:14</u>	
Curtimbo e Assinatura do Médico Dr. Tito Livio Viana Castro CRM-PB 8949		Mod. 002	

ARUANA

29 DEZ 2014

ASS.

 GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME: <u>Diogo Moreira</u>		PRONTUÁRIO: <u>408</u>	
IDADE:	SEXO: ☐ M ☐ F	COR: ☐ B ☐ P ☐ A	PESO:
ALTURA:		CLÍNICA:	ENF:
LEITO:		PRONTUÁRIO:	
DADOS CLÍNICOS:			
MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS: <u>Rx torax direito @ AP (seta com linha 200)</u>			
DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:	
URGÊNCIA ☐		ROTINA ☐	
Carimbo e Assinatura do Médico:  Atendimento Emergência Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes CRM 6819 RECT 17403			

Mod. 002

GOVERNO
do Estado
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA-FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: DIEGO DIAS MOREIRA
DATA DO EXAME: 09.11.2014
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

- Fraturas na fibula distal.

RADIOGRAFIA DE PÉ

- Não foram evidenciadas fraturas desalinhadas.

Dr. Raiff R. Cavalcanti CRM/PB: 6320
Dra. Miriam Albino CRM/PB: 6435
Dra. Marcelia Farias CRM/PB: 6550
Dr. Rafael Borges CRM/PB: 6485
Dr. Ramonê Miranda CRM/PB: 8220
Dr. Roberto Maia CRM/PB: 6101

S4

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jonuza Dias da Silva (ap. legal) Diego Dias Matoso (titular)
Portador do RG nº 3455645 expedido pelo SSP/PB em 28/05/12
CPF nº 000732604-10 na qualidade de favorecido (a) /beneficiário (a),
venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência
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>TV Dom Bosco</u>
Número	<u>34</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Alvorada</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58416-323</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8640 3833 / 8894 0004</u>
E-mail	<u>minuam2iguais@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Campina Grande - PB 15/12/2014
LOCAL / DATA

Jonuza Dias da Silva
✓ Diego Dias Matoso DECLARANTE

ARJUANA

29 DEZ 2014

Ass. _____



CTC RECIFE PE IPA PL11

PC-07

VANUZA DIAS DA SILVA
TV DAMASCO 14
QUARENTA

CAMPINA GRANDE PB

Resumo da fatura em R\$	
Total da fatura anterior	257,27
Pagamento efetuado em 23/10/2014	- 257,27
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	180,46
Total desta fatura	180,46

Postagem: 18/11/2014
Inclimento: 27/11/2014
Emissão: 16/11/2014
Data fatura: 22/12/2014Titular
Cartão
VANUZA DIAS DA SILVA
6062.XXXX.XXXX.1428Solicite seu Token SMS, acesse itau.com.br produtos e serviços > Segurança > IToken SMS > Cadastre-se aqui! o faça suas compras com mais segurança.

27/11/2014	vencimento	pagamento total R\$	pgto. mínimo R\$	parcelamento R\$	parcelamento R\$
		180,46	30,68	16,66	18,78

Vide folha explicativa

Limites de crédito R\$

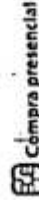
Limite total de crédito	2.660,00
Limite utilizado no mês	180,46
Limite de crédito parcelado	3.990,00

Lançamentos: compras e saques

VANUZA DIAS SILVA (final 1428)		VALORES R\$
DATA	ESTABELECIMENTO	
03/06	QUEOPS CONTRO 1	27,25
	CAMPINA GRAND	
01/07	HP CAMPINA GRANDE 05/06	14,98
	CAMPINA GRAND	
01/07	HP CAMPINA GRANDE 05/06	14,98
	CAMPINA GRAND	
22/08	VIA VAREJO 03/10	89,90
	CAMPINA GRAND	
26/08	DENTISTA DA LIBERD03/06	33,35
	CAMPINA GRAND	
Lançamentos no cartão (final 1428)		180,46

Total dos lançamentos atuais

180,46

Compra presencial
cartão de crédito com chip e
senha pessoal intransferívelBanco Itaú S.A. 341-7
Número do Documento
34191.75355 71560.732043 00173.090002 7 000
Nome do Pagador (CPF) VANUZA DIAS DA SILVA - 000.732.604-10
Nome do Beneficiário (CPF) Hipercard Banco Multigás S.A. - 01.012.330001-49
Endereço do Beneficiário Av. Del. R. Costa, 251, Tr. A, G. 04, Recife - PENome Completo
Valor do Documento
Vencimentorecibo do pagador
11923715607-1
R\$ 180,46
27/11/2014
Atividade de Multigás

ARUANA

29 DEZ 2014

ASS.

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2014

Carta nº: 6010696

A/C: VANUZA DIAS DA SILVA

Sinistro: 3150002642
Vitima: DIEGO DIAS MOREIRA
Data Acidente: 09/11/2014
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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2015

Carta nº: 6444713

A/C: VANUZA DIAS DA SILVA

Sinistro: 3150002642
Vítima: DIEGO DIAS MOREIRA
Data Acidente: 09/11/2014
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, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6588175

A/C: VANUZA DIAS DA SILVA

Sinistro: 3150002642
Vítima: DIEGO DIAS MOREIRA
Data Acidente: 09/11/2014
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: VANUZA DIAS DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000487180-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4.725,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 4.725,00

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): Diego Dias Moreira
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Damasco, S/N
Quarenta Campina Grande PB CEP: 58416-123
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3917648
Data local do exame: [11/03/2015] Campina Grande [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)

A vítima sofreu fratura de fíbula direita.

Encontra-se com marcha claudicante, dor, edema na perna e joelho direito, leve diminuição dos movimentos do tornozelo e não usa calçado fechado.

- 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.

A vítima foi tratada com gesso por 3 meses.

- 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.

A vítima ficou com limitação funcional média no membro inferior direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "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 (Seqüela):

membro inferior direito

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

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. J. J. de Souza
CRM 3401
Médico

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: 16/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANUZA DIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000487180-0

Nr. da Autenticação 4612DA58A56E119A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150002642

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DIEGO DIAS MOREIRA

Data do acidente: 09/11/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO E PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150002642

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DIEGO DIAS MOREIRA

Data do acidente: 09/11/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de fíbula direita

Descrição do exame médico pericial: Encontra-se com marcha claudicante, dor, edema na perna e joelho direito, leve diminuição dos movimentos do tornozelo e não usa calçado fechado.

Resultados terapêuticos: A vítima foi tratada com gesso por 3 meses

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM MID

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

