

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2015

Carta nº: 7406623

A/C: RISONEIDE MENDES DE SOUZA

Sinistro: 3150622561
Vitima: RISONEIDE MENDES DE SOUZA
Data Acidente: 17/12/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/12/2012**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência

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



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2015

Carta nº: 7662855

A/C: RISONEIDE MENDES DE SOUZA

Sinistro: 3150622561
Vitima: RISONEIDE MENDES DE SOUZA
Data Acidente: 17/12/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **10/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/12/2012**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2015

Carta nº: 7774962

A/C: RISONEIDE MENDES DE SOUZA

Sinistro: 3150622561
Vítima: RISONEIDE MENDES DE SOUZA
Data Acidente: 17/12/2012
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, 24 de Setembro de 2015

Carta nº: 7876150

A/C: RISONEIDE MENDES DE SOUZA

Sinistro: 3150622561
Vitima: RISONEIDE MENDES DE SOUZA
Data Acidente: 17/12/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO 31501622561

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.

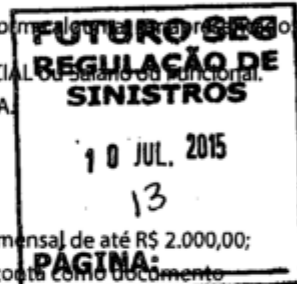
EU, RISONGIDE MENDES DE SOUZAPORTADOR(A) DO RG Nº 2005010059557 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 11/02/2015CPF 026319193-19 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Recusou

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RISONGIDE MENDES DE SOUZA 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.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Seguro do Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros 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 colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4913 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000341-3

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

J. Pessoa 26 de JUNHO de 2015 X Risongide Mendes de Souza
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



Delegacia de
Pedras de Fogo

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº. 449/2015

Aos 30 de Junho de 2015, nesta cidade de **Pedras de Fogo/PB**, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil onde se achava presente a **Exmo. Luciano Mendonça Cavalcanti**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das 10:30 horas, **COMPARECERAM: RISONEIDE MENDES DE SOUZA e DJALMA OSCAR DOS SANTOS**, ambos brasileiro (a), vivendo em união Estável, alfabetizados, ela Filha de Joaquim Terto de Souza e de Margarida Mendes de Souza, nascida no dia 23/06/1968, com 47 anos, natural de Santa Rita/PB, com inscrição no RG nº 9005010059557 SSP/CE e CPF nº 026.319.193-19. Ele é Filho de Manoel Oscar dos Santos e de Maria Dalva da Silva Santos, nascido no dia 02/04/1969, com 46 anos, natural de Itambé/PE, com inscrição no RG nº 1.315.024 SSDS/PB e CPF nº 667.719.864-20, residem na rua José Lins do Rego, nº298, Centro, Pedras de Fogo/PB. Fone (81) 98989-8453-(Claro). **E fazem o seguinte REGISTRO.**

ACIDENTE DE TRÂNSITO - Afirmam os noticiantes que no dia 17.12.2012, por volta das 10:30 horas aproximadamente, próximo ao forro do Sítio, na zona rural de Pedras de Fogo/PB, vinham em sua motocicleta de marca HONDA CG 150 FAN, de cor vermelha, placa PFD-8953/PB, RENAVAL 457796502, registrada e nome de DJALMA OSCAR DOS SANTOS, quando outro veículo não identificado, bateu na parte traseira de sua motocicleta, levando os noticiantes ao solo, ocorrendo lesões em ambos e fratura na Sra. RISONEIDE SOUZA. Declaram que foram socorridos por populares, sendo conduzidos para o Hospital de Pedras de Fogo/PB, lá recebendo os primeiros procedimentos de socorro, conforme ficha de atendimento. Por esse motivo veio noticiar o fato e solicitar as devidas providencias que o caso requer. *Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva Certidão.*

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 30 de junho de 2015.

NOTICIANTE:

Djalma Oscar dos Santos

NOTICIANTE:

Risoneide Mendes de Souza

Policial:

Petroci Pereira de Souza
Petroci Pereira de Souza
Agente de Investigação Policial
Mat. 135.591-1

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

10 AGO. 2015

PÁGINA: 01

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150622561 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISONIDE MENDES DE SOUZA **Data do acidente:** 17/12/2012 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM MID

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RISON GIDE MENDES DE SOUZA, portador da carteira de identidade nº 20050100 59 557-CE e inscrito no CPF/MF sob o nº 026.319.193-19, residente e domiciliado na AV. JOSÉ LINS DO REGO, 298, CENTRO, e Cidade PEDRAS DE FOGO, Estado PARNÁ, 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

(X) 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.

X Rison Gide Mendes de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 26/06/2015.

Local e data

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

10 JUL. 2015

02

PÁGINA: _____

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150622561 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISONIDE MENDES DE SOUZA **Data do acidente:** 17/12/2012 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE, NÃO APRESENTA DÉFICITS MOTORES. TEM QUEIXAS DE DORES AOS ESFORÇOS FÍSICOS E EDEMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO .

Resultados terapêuticos: FRATURA DA FÍBULA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSADO POR 60 DIAS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA E EVOLUIU SEM SEQUELAS MOTORAS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 16/09/2015

Conduta mantida:

Observações: NÃO FORAM IDENTIFICADAS SEQUELAS INDENIZÁVEIS.

Médico examinador: João Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

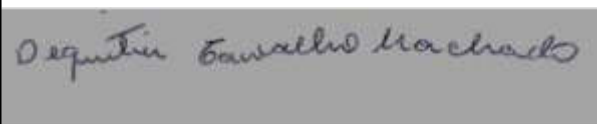
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO/PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS QUE, NO DIA 17 / 12 / 12 A AMBULÂNCIA DE PLACA
OEY 7953 DA LOCALIDADE Pedras de Fogo DIRIGIDA PELO MOTORISTA
Manuel Correia dos Santos CONDUZINDO O PACIENTE
Rizoneide Mendes de Souza VÍTIMA DE
Acidente (Traumatisms) PARA ATENDIMENTO NA CIDADE DE JOÃO
PESSOA/PB.

PEDRAS DE FOGO/PB, 25 DE Junho, DE 2015.

* Manuel Correia dos Santos

ASSINATURA

CNPJ 10.490.987/0001-23
HOSPITAL DISTRITAL JOSÉ DE SOUZA MACIEL
Rua Prof. Getúlio César R. Guedes nº 12
Pedras de Fogo - CEP 58328-000
Fone: (81) 3635-1000

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

10 JUL. 2015

03

PÁGINA: _____

**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): **RISONEIDE MENDES DE SOUZA** Sinistro: **3150622561** Data: **17/12/2012**

Endereço do(a) Examinado(a): **Av Jose Lins do Rego, 298, Casa - Centro - Pedras de Fogo - PB - CEP 58328-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2005010059557**

Data local do exame: [**16/09/2015**] **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)
FRATURA DA FÍBULA DIREITA. VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE, NÃO APRESENTA DÉFICITS MOTORES. TEM QUEIXAS DE DORES AOS ESFORÇOS FÍSICOS E EDEMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO .

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.
FRATURA DA FÍBULA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSADO POR 60 DIAS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA E EVOLUIU SEM SEQUELAS MOTORAS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(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.

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

(**X**) "Sem sequela 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):

% 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

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 - 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.

NÃO FORAM IDENTIFICADAS SEQUELAS INDENIZÁVEIS.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150622561 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISONIDE MENDES DE SOUZA **Data do acidente:** 17/12/2012 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM MID

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



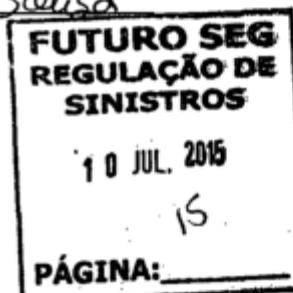
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RISONGIDE MENDES DE SOUZA

RG nº 205010059557, data de expedição 11/02/2005, Órgão SSP/CE, CPF nº 026.319.193-19, 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)	AV. JOSÉ LINS DO REGO
Número	298
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	PEDRAS DE FOGO
Estado	PARNÁIA
CEP	58328-000
Telefone de contato	(83) 8890-4343
E-mail	irandpvat@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOAS PESSOA, 26/06/2015.Assinatura do Declarante: X Risongide Mendes de Souza



002726

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO

00900911-6

CONSUMO DE AGUA Y...

CLIENTS

monclo

SIRLENE DA SILVA FERREIRA

008.03.150.0702

ENDEREÇO

~~AV-JOSE LINS DO REGO, 298~~

CIBAD®

□

CENTRO

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΟ ΔΟΥΛΑ

PEDRA SITUAÇÃO ESQUOTO

PEDRAS DE FOGO

58328-000

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
-------------	-----------	------------	---------

LIGADO

POTENCIAL

9

DADOS DO FATURAMENTO

GIUNTA D'ACQUA

LEITURA ATUAL	1328
LEITURA ANTERIOR	1308
CONSUMO DO MÊS (m³)	20
DATA DA LEITURA	12/11
DIA DE CONSUMO	30
CONDIÇÃO DA LEITURA	EFETUADA
CONDIÇÃO DO FATORAMENTO	OK
ANORMALIDADE DA LEITURA	REAL
ANORMALIDADE DE CONSUMO	NÃO
DATA DA PRÓXIMA LEITURA	

MES	VALOR - R\$
11/2014	41,49
10/2014	38,34

Ignorar, se pago após:

30/11/2014

PARÂMETRO	VALOR MÉDIO DETECTADO	PORTADA - FIRES MÉDIA DA SUADE-REFERÊNCIA
TURBIDIM.	0,68	1,50 UT
PH	6,3	6,5 a 7,5
CO ₂	1,1	1,50 UT
CLORO	1,6	Menor 1mg/l
CONDUTIV. TOTAL	1,6	(*)

Dados Referentes à 10/2014

TEMPERATURE		ANOMALY	
JUN	14		-00
JUL	14		-00
AGO	13		-04
SET	9		-00
OCT	14		-00
NOV	15		-00
MEDIA			

DADOS DO EQUIPAMENTO	
Número	A020331274
Data instalação	05/08/2005
Marca	SEN
Localização	JRL
Capacidade	3 m3/h

CONSUMO D'AGUA	56,09
JUROS DE MORA	0,35
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	0,49

TOTAL A PAGAR: ***** 56.93

6-12-77

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

VENCIMENTO

DEZ/2014

30/12/2014

AVISO-AUDIENCIA PUBLICA-REAJUSTE TARIFARIO DIA 18/12 AS 15H AUD DA CINEP J.
DEACOR LEI 8767

AVISO-AUDIENCIA
DEBIDA LEI 8767

FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS

10 JUL. 2015

PÁGINA:



PA = 130 x 90 mm 12g



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



IDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
Nome: **HOSPITAL DISTRITAL SOUZA MACIEL**
Id. do CNES: **2363682** CNPJ: **09.072.455/0001-97**
Endereço: **Av: 2 de Julho, sn - centro**
Município: **PEDRAS DE FOGO** Estado: **PARAÍBA** U.F.: **PB**

PACIENTE:
Nome: **Rozemir de Almeida de Souza** Sexo: **F** Idade: **49a**
Profissão: _____ Documento: _____
Endereço: **R. Getúlio Vargas 576**
Município: **P. de Fogo** Estado: **PB** U.F.: _____
Ód. IBGE Município: **25.81202** CNS: _____
Data do Nascimento: **03/07/38** Data do atendimento: **12/12/12**

RACIA/COR:
☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☒ 3 - PARDA
☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA ☐ 6 - SEM INFORMAÇÃO

NAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIOS):
TRANSMISSÃO (JEANNE ILVERSON)
NO DIA 12/12/12 A PACIENTE RELATOU QUE TUA
QUELHA

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS):

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:
1. **DEPRONOL 01 ANA 2M**
2. **+ PAINEL VITAMINAS**
3. _____
4. _____

CARACTER DE ATENDIMENTO:
☐ 01 - ELETIVO
☒ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTOS - DESCRIÇÃO:

DIAGNÓSTICO:
TRANSMISSÃO
CID - 10 _____

MEDICAÇÃO:
☐ PRESCRITA ☒ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:
☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA
☐ INTERNAÇÃO ☒ OUTRO HOSPITAL
☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERV. REALIZADOS: CÔD. PROCEDIMENTOS:											
1-											
2-											
3-											
CNS											
CBO											
CRM											

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s):
Jeanne F. de Almeida
12/12/12

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou responsável:
*** J. de Almeida**

Assinatura do Revisor Técnico - carimbo: _____
Assinatura do Revisor Administrativo - carimbo: _____

FUTURO SEGURO
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
10 JUL 2015
PÁGINA: 04

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
AV ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA (PB) - CNPJ: 08.778.268/0037-71 CNES: 259326-2

Número do Boletim de Emergência: 672562

Identificação do paciente						
ID 570695	Nome RISONEIDE MENDES DE SOUZA			Sexo Feminino		
Data de nascimento 23/06/1968	Idade 44 Anos	Estado civil VIUVO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário		
Mãe MARGARIDA MENDES DE SOUZA			Pai JOAQUIM TERTO DE SOUZA			
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) A MESMA			
DDD Móvel 81	Fone Móvel 92549749	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	CNS				
Local de procedência PEDRAS DE FOGO			Tipo MUNICIPIO	UF PB		
Endereço						
CEP	Município de residência Pedras de Fogo	Logradouro AVENIDA GETULIO VARGAS				
Número 576	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data Hora 17/12/2012 21:33:04	Número da pulseira 1000001664149	Convênio SUS				
Especialidade	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou ACOMP. DJALMA OSCAR SANTOS				
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por LUCIO DE BARROS PESSOA						

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

10 JUL. 2015
05

PÁGINA: _____



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da Saúde

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA**

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMO DO TRAUMA

*Acidente de trânsito com trauma de
do Queda de altura e queda de
pouco a MT de altura de
em frente a Pousa Turmas Cond
onde se fez*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS:

☒ Pérvias ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA:

☐ Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD { ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE { ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2 - RUÍDOS ADVENTÍCIOS

{ ☐ Sim HTD { ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
☐ Não

HTE { ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: _____ imp

SaO₂ _____ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagentes ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas

Escala de Glasgow:

CIRCULAÇÃO:

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA:

RÍTIMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS: ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4: ☐ Sim ☐ Não

FC: _____ bpm **PA:** _____ X _____ mmHg **T:** _____ °C

ECG:

ABDOMEM:

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

10 JUL. 2015

PÁGINA: _____ (diferença = _____ mm)

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4 Consiente / Palavras apropriadas, sorriso, social, fixa e segue objetos	5 Obedece aos comandos
À solicitação verbal	3 Confuso / Chora, mas é consolável	4 Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2 Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3 Retira o membro
Nenhuma	1 Sons incompreensíveis / Inquieto, agitado	2 Flexão anormal (decorticação)
	Nenhuma / Nenhuma	1 Extensão anormal (decerebração)
		Nenhuma
TOTAL =	+	+



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RISONEIDE MENDES DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	23/06/68
NOME DA MÃE	MARGARIDA MENDES DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	672.562
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	17/12/12
HORA DO ATENDIMENTO	21:23H
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE TÍBIA DIREITA
CID 10	S82.2.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, PROCEDENTE DE PEDRAS DE FOGO, APRESENTANDO TRAUMA EM MID. GLASGOW 15.

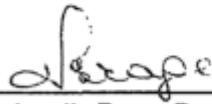
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PERNA DIREITA - RELATO MÉDICO = FRATURA DE FÍBULA DIREITA.

TRATAMENTO:

PACIENTE AVALIADA POR COT + IMOBILIZAÇÃO GESSADA EM PERNA DIREITA + PRESCRIÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 17/12/2012
DATA DA EMISSÃO: 26/06/2015


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Risoneide Mendes de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

Nome

Nascimento

AG 00218-6
0580184-2

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME RISONEIDE MENDES DE SOUZA

FILIAÇÃO JOAQUIM TERTO DE SOUZA E MARGARIDA MENDES DE SOUZA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB

DOC ORGEM CERT. CASAM. 2058 L B/6 F

DATA DE NASCIMENTO 23/6/1968

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

AG 00218-6
0580184-2

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF



026.319.193-19

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

10 JUL. 2015

PÁGINA: _____



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **026.319.193-19**

Nome da Pessoa Física: **RISONEIDE MENDES DE SOUZA**

Data de Nascimento: **23/06/1968**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/03/2005**

Digito Verificador: **00**

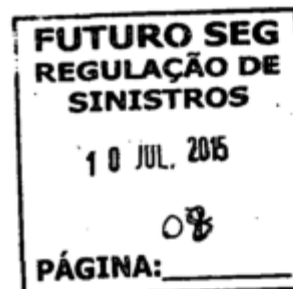
Comprovante emitido às: **17:56:09** do dia **09/07/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **868A.5485.DC01.BB55**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010982192980
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 457796502 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2014

NOME
DIJALMA OSCAR DOS SANTOS
ITAMBE-PE

CPF / CNPJ 667.719.864-20 PLACA FFD8953

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2KC1670CR511368

ESPÉCIE TIPO PAS /MOTOCICLETA/ COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA 2014 QUITADO 1° *****

FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2° *****
3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BV FINANCEIRA SA C F I

LOCAL ITAMBE DATA 29/02/14

Caio Mário Mello Costa Oliveira
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO
AUTOMOTORES DE VIA
TRANSPC



PE Nº 010982192980 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DIJALMA OSCAR DOS SANTOS

CASA ITAMBE-PE 55920-00

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 29/03/14

VIA 1 CPF / CNPJ 667.719.864-20 PLACA FFD8953

RENAVAM 457796502 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KC1670CR511368

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE SEU INTERESSE

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**
10 JUL. 2015
PAGINA:



Curitiba, 10 de Julho de 2015

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: Risoneide Mendes de Souza
End: Av Jose Lins do Rego, 298
Cidade: Pedras de Fogo – PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT –
Sinistro de Invalidez – RISONEIDE MENDES DE SOUZA

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recebemos o processo acima mencionado em 10/07/2015, 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;

1. Boletim de ocorrência original ou copia autenticada, com carimbo da delegacia.

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

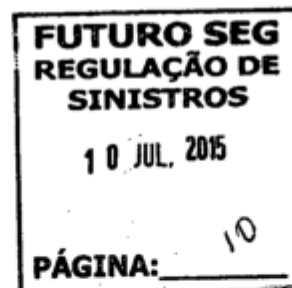
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consortios do Seguro DPVAT.

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



Curitiba, 16 de Julho de 2015

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: Risoneide Mendes de Souza
End: Av Jose Lins do Rego, 298
Cidade: Pedras de Fogo – PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 3150/622561
Sinistro de Invalidez – RISONEIDE MENDES DE SOUZA

2º Solicitação:

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos os documentos do processo acima mencionado em 16/07/2015, 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;

1. **Adendo ao Boletim de ocorrencia original ou copia autenticada, com carimbo da delegacia, constando a declaração do proprietario/conductor, atestando seu envolvimento no acidente.**

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

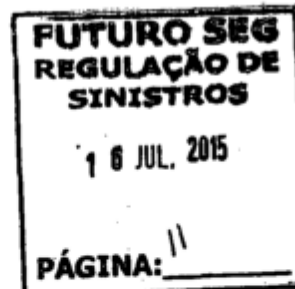
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

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



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

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Risoneide Mendes de Sousa
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 626.319.193.19
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Risoneide Mendes de Sousa
ENDEREÇO DO PORTADOR Av. José Luis do Rego
Nº 298 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
CIDADE Pedras de Fogo UF PB CEP 58.328.000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9633-9549

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

10 JUL 2015

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 RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - 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\$ 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA 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 _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____