



Número: **0845729-09.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|---|
| RISONEIDE MENDES DE SOUZA (AUTOR) | MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 36067 193 | 29/10/2020 11:14 | <u>2760751_CONTESTACAO_Anexo_02</u> | Outros Documentos |

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2015

Carta n°: 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 n°: 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 inicio 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

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO 3150 622561

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, RISONIDE MENDES DE SOUZAPORTADOR(A) DO RG Nº 2005010059557 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 11/02/2005CPF 026319193-19 CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO Reclusa

E RENDA MENSAL DE R\$ Reclusa (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RISONIDE 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 (referente ao salário ou 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 Lotéricas 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) 0000 341-3

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

LOCAL E DATA

Risonide Mendes de Souza

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

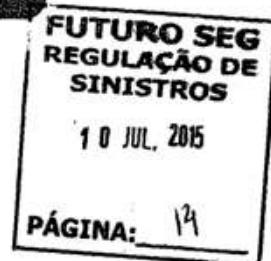


ATENÇÃO

- 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](http://dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







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, RENAVAM 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 providências 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 Peçaria de Souza
Agente de Investigação Policial
Mat. 135.591-1

**FUTURO SÉG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

10 AGO. 2015

01
PÁGINA:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150622561 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISONEIDE 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, RISONIDE MÉNDES 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 RÉGO, 298, CENTRO, e Cidade PEDRAS DE FOGO, 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 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.

X Risonide Mendes de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS 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: RISONEIDE MENDES DE SOUZA **Data do acidente:** 17/12/2012 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA.

Descrição do exame VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE, NÃO APRESENTA DÉFICITS MOTORES. TEM QUEIXAS DE DORES AOS
médico pericial: 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 PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO/PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS QUE, NO DIA 17 / 12 / 12 A AMBULÂNCIA DE PLACA
0EY 7953 DA LOCALIDADE Pedras de Fogo, DIRIGIDA PELO MOTORISTA
Manoel Corrêa dos Santos, CONDUZINDO O PACIENTE
Rizoneide Menclés de Souza, VÍTIMA DE
Acidente (traumatismo), PARA ATENDIMENTO NA CIDADE DE JOÃO
PESSOA/PB.

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

Manoel Corrêa dos Santos

ASSINATURA

CNPJ 10.490.987/0001-23
HOSPITAL DISTRITAL JOSE 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): **RISONIDE 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

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:14:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911140528700000034441225
Número do documento: 20102911140528700000034441225

Num. 36067193 - Pág. 12

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150622561 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISONEIDE 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 % |
| | | | | |

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 MÉNDES DE SOUZA,

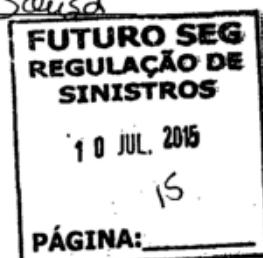
RG nº 2005010059557, data de expedição 11/02/2005, Órgão SSP/CE, CPF nº 026.319.193-19, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>AV. JOSÉ LINS DO REGO</u> |
| Número | <u>298</u> |
| Apto / Complemento | <u>case</u> |
| Bairro | <u>CENTRO</u> |
| Cidade | <u>PEDRAS DE FOGO</u> |
| Estado | <u>PARÁ</u> |
| CEP | <u>58328-000</u> |
| Telefone de contato | <u>(83) 8890-4343</u> |
| E-mail | <u>irandpvt@hotmail.com</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOAÍ PESQUA, 26/06/2015.

Assinatura do Declarante: X/Risongide Ménedes de Souza



PSF: Centro 55

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

Documentado: médio hospitalar
PA = 330 x 90 mm / 2g

000087-47

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: **Reginaldo Mendes da Silva** Sexo: **F** Idade: **40**
Profissão: **Documentista**
Endereço: **2 Centro das Mangas 576**
Município: **0 - da Fazenda** Estado: **03** U.F.:
Id. IBGE Município: **25.001.202** CNS:
Data do Nascimento: **05/07/38** Data do atendimento: **17/12/12**

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

NAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIOS):
TRANSMITIDO (PENN 2002)
NO DIA 17/12/12 PELA UNIDADE DE SAÚDE
Reginaldo Mendes da Silva

XAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS):
ESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:
1. **222000 - 01 AM 20** **ok 11-09**
2. **+**
3. **+ Salic 1000 mg**
4.

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

FUTURO SEGUIMENTO DE SINTOMAS
10 JUL. 2015

PÁGINA:

PROCEDIMENTOS - DESCRIÇÃO:
TRAMATIZADO

DIAGNÓSTICO:
TRAMATIZADO

CID - 10

MEDICAÇÃO:
 PRESCRITA APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL |
| <input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> OUTROS |

SERV. REALIZADOS: CÓD. PROCEDIMENTOS:

| | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CNS

CBO

CRM

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente / carimbo:
16/10/2012

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou responsável:
Reginaldo Mendes da Silva

Polegar Direito:

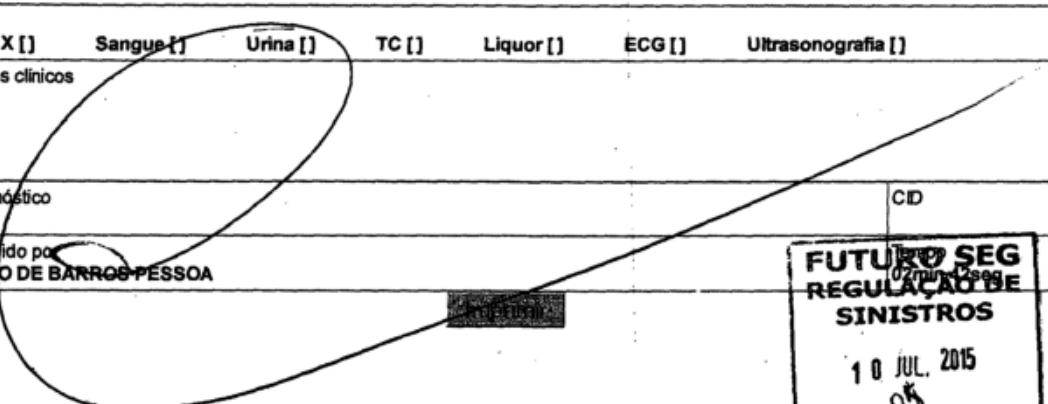
Assinatura do Revisor Técnico - carimbo:

Assinatura do Revisor Administrativo - carimbo:



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 |
| 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 | | |
| 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 | Veículo de ambulância Sim | Trauma Não |
| Meio de transporte AMBULANCIA | Quem transportou ACOMP. DJALMA OSCAR SANTOS | | |
| Sinais Vitais | | | |
| PA X mmHg | P脉 | Temperatura | |
| Exames complementares | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] |
| Dados clínicos | | TC [] | Liquor [] |
| Diagnóstico | | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Atendido por LUCIO DE BARROS PESSOA | | CID | |
|  | | FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS 10 JUL. 2015 05 PÁGINA: _____ | |

17/12/2012 21:34





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 envolvendo carro
do lado direito esquerdo apertado
procurou os meios de socorro
os sete a oito horas da
noite de ontem

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS: Párvias 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 - RUIDOS ADVENTÍCIOS

FR: Sim HTD { Roncos
 Sibilos
 Estertores
 Não

HTE { Roncos
 Sibilos
 Estertores

SaO₂ _____ %

DÉFICIT NEUROLOGÍCO

Pupilas: Fotorreagentes Paralisadas Isocóricas

Escala de Glasgow:

CIRCULAÇÃO:

COR DA PELE: Normal Pálida Cianótica

Pletórica Ictérica

TEMPERATURA DA PELE: Normal Quente Fria

PULSO: Normal Aumentado

Fino Ausente

AUSCUTA CARDÍACA:

RÍTIMO: Regular Irregular Ausente

BULHAS: Normatonéticas Hipofonéticas

Hipofonéticas Ausente

SOPRO: Presente Ausente

BE OU B4: Sim Não

FC: _____ bmp PA: mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEM:

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

10 JUL. 2015

06

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) |
| TOTAL = | + | Nenhuma |
| | | 1 |
| | | 1 |



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 | 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.

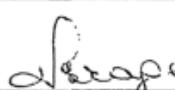
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE Perna Direita - RELATO MÉDICO = FRATURA DE FÍBULA DIREITA.

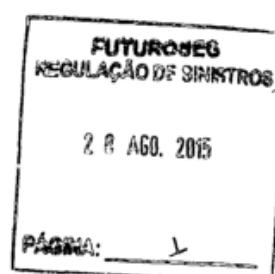
TRATAMENTO:

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





Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

Nome

SG 00218-6
0580184-2

Nascimento



026.319.193-19

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

10 JUL. 2015

PÁGINA:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:14:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911140528700000034441225>

Número do documento: 20102911140528700000034441225

Num. 36067193 - Pág. 20



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**

Dígito 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

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

| | | | |
|-------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| VIA | CÓD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
| 1 | 457795502 | ***** | 2014 |
| NOME | | | |
| DIJALMA OSCAR DOS SANTOS | | | |
| ITAMBÉ - PE | | | |
| CPF/CNPJ | PLACA | | |
| 667.719.864-20 | PE08953 | | |
| PLACA/ANT. UF | CHASSI | | |
| ***** /PE | 9C2KC1670CR511368 | | |
| ESPECIE TIPO | COMBUSTÍVEL | | |
| PAS /MOTOCICLETA/ | ALCO/GASOL | | |
| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MÓD. | |
| HONDA/CG 150 FAN ESTI | 2012 | 2012 | |
| CAP / POT / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE | |
| 2P/149CL | PARTIC | VERMELHA | |
| COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC / COTAS | |
| I | IPVA 2014 QUITADO | 1* | ***** |
| P | | 2* | ***** |
| V | FAIXA IPVA | PARCELAGEM / COTAS | |
| A | 1 | ***** | 3* |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) | IOF (R\$) | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| SEGURADO PAGO | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| AL. FID, BV FINANCEIRA SA CFI | | | |
| LOCAL | DATA | | |
| ITAMBÉ | 29/02/14 | | |

Gaio Mário Mello Costa Oliveira
Diretor-Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO
AUTOMOTORES DE VIA
TRANSP.

PE N° 010982192980 BILHETE DE SEGURO DPVA
DIJALMA OSCAR DOS SANTOS

55920-00

CASA ITAMBÉ - PE

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

| | | |
|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| VIA | CPF / CNPJ | PLACA |
| 1 | 667.719.864-20 | PE08953 |
| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MÓD. |
| HONDA/CG 150 FAN ESTI | 2012 | 2012 |
| CATEGORIA | CHASSI | |
| PARTIC | 9C2KC1670CR511368 | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO | | |
| DE NATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) | |
| SEGURADO PAGO | IOF (R\$) | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) |
| PAGAMENTO | | |
| COTA ÚNICA | PARCELADO | |
| | | |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESENTEQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
QUE NÃO É UM PÓRTE-CARTÃO.

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

10 JUL. 2015

PÁGINA:



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 recepcionamos 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 cópia autenticada, com carimbo da delegacia.

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

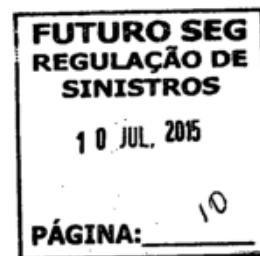
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

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

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

Atenciosamente,

FUTURO SEG



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:14:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911140528700000034441225>
Número do documento: 20102911140528700000034441225

Num. 36067193 - Pág. 23

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 ocorrência original ou cópia autenticada, com carimbo da delegacia, constando a declaração do proprietário/condutor, atestando seu envolvimento no acidente.

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

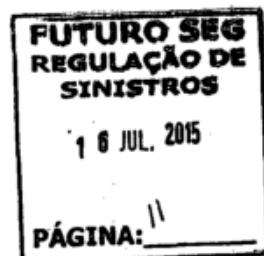
Tal procedimento está em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

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 Souza
DATA DO ACIDENTE CPF DA VÍTIMA 626.319.193-10

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Risoneide mendes de Souza
ENDERECO DO PORTADOR Av. Jose Lins do Rego
Nº 298 COMPLEMENTO Bairro Centro
CIDADE Pedras de Fogo UF PE CEP 58.328.000
E-MAIL TELEFONE (83) 9 638-95519

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 LAZIA DEFINITIVA
 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVAÇÃO 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

FUTURO SEG
REGULACAO DE
SINISTROS

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
 NOTA FISCAL (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVAÇÃO 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)
 COMPROVAÇÃO 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 1264

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:14:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010291114052870000034441225>
Número do documento: 2010291114052870000034441225

Num. 36067193 - Pág. 25