



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
36067193	29/10/2020 11:14	<a href="#">2760751_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2015

Carta nº: 7406623

A/C: RISONEIDE MENDES DE SOUZA

Sinistro: 3150622561  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00211/00212 - carta\_03



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2015

Carta nº: 7662855

A/C: RISONEIDE MENDES DE SOUZA

Sinistro: 3150622561  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00855/00856 - carta\_03



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](http://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**

Pag. 01145/01146 - carta\_02



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2015

Carta nº: 7876150

A/C: RISONEIDE MENDES DE SOUZA

Sinistro: 3150622561  
Vítima: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01731/01732 - carta\_04





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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.

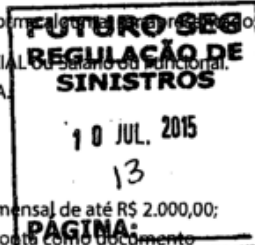
EU, RISON GIDE MENDES DE SOUZAPORTADOR(A) DO RG Nº 2005010059557 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 11/02/2005CPF 026319193-19 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECURSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSÃO (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RISON GIDE 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](http://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) 000 341-3

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



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



**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 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:

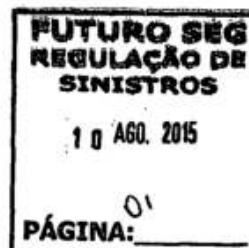
*Djalma Oscar dos Santos*

NOTICIANTE:

*Risoneide Mendes de Souza*

Policial:

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





## 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, RISONCIDE 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 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
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

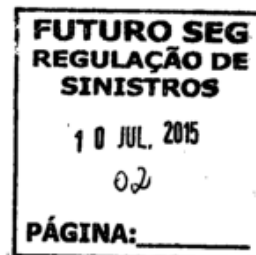
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 Risoncide Mendes de Souza

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

JOAS PESSOA, 26/06/2015.  
Local e data



## 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

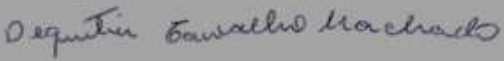
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**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 (Traumático) 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  
Fonc: (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

( **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.**

  
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:**



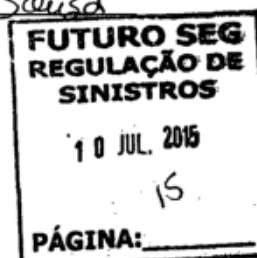
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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)	<u>AV. JOSÉ LINS DO REGO</u>
Número	<u>298</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PEDRAS DE FOGO</u>
Estado	<u>PARÁIBA</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: JOÃO PESSOA, 26/06/2015.Assinatura do Declarante: X Risongide Mendes de Souza



002726

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

00900911-6

## CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO / SERVIÇOS

CLIENTE **SIRLENE DA SILVA FERREIRA** INSCRIÇÃO **008.03.150.0702**

ENDEREÇO

AV. JOSE LINS DO REGO, 298

CIDADE

PEDRAS DE FOGO

CEP 58328-000

CENTRO

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO ÁGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

RESIDENCIAL

COMERCIAL

INDUSTRIAL

PÚBLICO

LIGADO

POTENCIAL

1

## DADOS DO FATURAMENTO

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

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

## QUALIDADE DA ÁGUA

PARÂMETRO	VALOR MÉDIO DETECTADO	PORTADA FROM
TURBIDIDADE	0,68	150 NTU
PH	6,3	6,0 a 8,5
ODM	1,1	0,5 a 1,5
CLORO	1,5	0,5 a 2,0 mg/l
CONDIÇÃO GERAL	3,5	1 a 5

Ignorar, se pago após:

30/11/2014

(\*) Sistema que analisa 40 ou mais amostras por mês, assente em 95% das amostras examinadas

Dados Referentes à

10/2014

MÊS	CONSUMO	ANORMALIDADE
JUN 14	-00	
JUL 14	-00	
AGO 14	-04	
SET 9	-00	
OUT 14	-00	
NOV 15	-00	
MÉDIA	13	

DADOS DO FIDUCIÁRIO	
Número	A021031274
Data Instalação	05/08/2005
Metro	SEN
Localização	JRL
Capacidade	3 m3/h

DESCRIÇÃO	VALOR - R\$
CONSUMO D'ÁGUA	56,09
JUROS DE MORA	0,35
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	0,49

TOTAL A PAGAR:

\*\*\*\*\* 56,93

RECEBIDA

QUINZENA DE PAGAMENTO

VENCIMENTO

DEZ/2014

30/12/2014

AVISO-AUDIÊNCIA PÚBLICA-REAJUSTE TARIFÁRIO DIA 18/12 ÀS 15H AUD DA CINEP J. 094904 LEI 8767

FUTURO SEG  
REGULAÇÃO DE  
SINISTROS

10 JUL. 2015

PÁGINA:

16







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



UNIDADE 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**

DOENTE:

Nome: **Regenilde Mendes de Souza** Sexo: **F** Idade: **49a**  
Profissão: **Docente** Documento: **576**  
Endereço: **R. Carlos Magalhães 576**  
Município: **PB** Estado: **PB** U.F.: **PB**  
Id. IBGE Município: **25.1202** CNS: **121.121.12**  
Data do Nascimento: **03/07/78** Data do atendimento: **12/12/12**

RAÇA/COR:

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

HISTÓRIA E EXAME FÍSICO (SUMÁRIOS):

**TRATAMENTO (FARMACOLOGIA)**  
**NO DIA 12/12/12 FIZEMOS 2000 DE TRATAMENTO**  
**DE TRATAMENTO**

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS):

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. **DETRONDA 01 300 30**  
2. **+** **PALETA VITAMIN**

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:

**TRAUMATISMO**

CID - 10

MEDICAÇÃO:

☐ PRESCRITA ☒ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

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

SERV. REALIZADOS: CÓD. PROCEDIMENTOS:

1. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
2. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
3. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CNS

CBO

CRM

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) de enfermagem:

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou responsável:

Assinatura do Revisor Técnico - carimbo:

Polegar Direito:

Assinatura do Revisor Administrativo - carimbo:

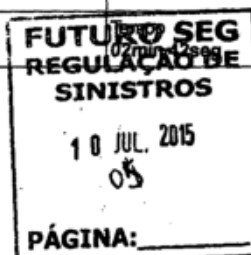
**FUTURO SEG  
REGULAÇÃO DE  
SINISTROS**  
**10 JUL 2015**  
**04**  
**PÁGINA:**



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						



17/12/2012 21:35



**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 cabeça e membros superiores e inferiores. Paciente em UCI com diagnóstico de fratura de fêmur esquerdo e fratura de tíbia e fíbula direita. Em uso de analgésicos e antibióticos.*

**EXAME PRIMÁRIO**

**VIAS AÉREAS:** ☒ Pervias ☐ Obstruídas

**CERVICAL IMOBILIZADA:** ☐ Sim ☒ Não

**VENTILAÇÃO:**

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

**AUSCULTA 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

SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

**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

*06*

**DÉFICIT NEUROLÓGICO**

**Pupilas:** ☐ Fotorreagentes ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas

**Escala de Glasgow:**

**PÁGINA:** \_\_\_\_\_ (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4	5
À solicitação verbal	3	4
Ao contínuo estímulo	2	3
Nenhuma	1	2
		1
TOTAL =	+	+





GOVERNO DO ESTADO DA PARÁ  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HILBERTO 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

  
Drª. 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





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 0005010059557 DATA DE EXPEDICAO 11/2/2005

NOME RISONIDE MENDES DE SOUZA

EMPOUO JOAQUIM TERTO DE SOUZA E MARGAR

IDA MENDES DE SOUZA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/6/1968

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

20 PILAR/PB

CPF

FORTALEZA CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83



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**

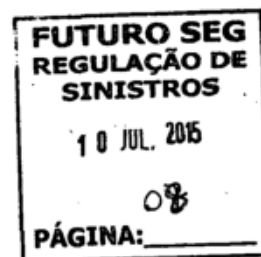
Data da Inscrição: **17/03/2005**

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](http://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 Cód. RENAVAM 457796502 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2014

NOME  
DIALMA OSCAR DOS SANTOS

ITAMBE-PE

CPF / CNPJ  
667.719.864-20

PLACA  
FED8953

PLACA ANT. / UF  
\*\*\*\*\* / PE

CHASSI  
9C2KC1570CR511368

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  
IPVA 2014 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA  
1. \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A.  
1

PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\*

2. \*\*\*\*\*  
3. \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BV FINANCEIRA SA C F I

ITAMBE

LOCAL

DATA  
29/02/14

Caio Mario Mello Costa Oliveira  
Diretor-Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO  
AUTOMOTORES DE VIA  
TRANSP



PE Nº 010982192980 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
DIALMA OSCAR DOS SANTOS

55920-00

CASA ITAMBE-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

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 29/03/14

VIA 1 CPF / CNPJ 667.719.864-20

PLACA  
FED8953

RENAVAM  
457796502

MARCA / MODELO  
HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012

CAL. TAR. 09

Nº CHASSI  
9C2KC1570CR511368

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.898/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
QUE NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO

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 Líder/Consorcio -DPVAT, para finalização.

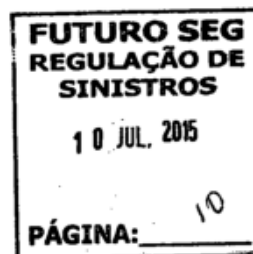
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder/Consórcios do Seguro DPVAT.

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

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

Atenciosamente,

**FUTURO SEG**



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](http://www.futuroseg.net.br)





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**

**2ª 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 Lider/Consorcio -DPVAT, para finalização.

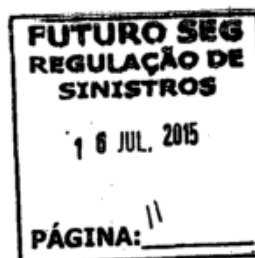
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

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](http://www.futuroseg.net.br)





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



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 da Rocha  
 Nº 298 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Centão  
 CIDADE Pedras de Fogo UF PE CEP 58.328.000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (83) 9638-9549

FUTURO SEG  
REGULAÇÃO 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
- ☐ 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 - 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

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, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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=20102911140528700000034441225>

Número do documento: 20102911140528700000034441225