

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180420134**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13359592



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180420134
Vitima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA
Data do Acidente: 20/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180420134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13364933



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180420134
Vitima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA
Data do Acidente: 20/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180420134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta Informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

088.829.934-69

Nome completo da vítima

ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA		CPF titular da conta 088.829.934-69	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA JOSÉ PEREIRA DE SOUSA		Número SIN	Complemento
Bairro JOSÉ AMÉRICO	Cidade RIACHO DOS CAVALOS	Estado PARAÍBA	CEP 58.870-000
Email JOSEOLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM		Telefone (DDD) (83) 99660-2901	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BRADESCO NRO	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. 5774 D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 561917 D/V 3 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RIACHO DOS CAVALOS/PB, 13 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Rosivânia Teodoro de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

VIA DO CLIENTE

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
 CANDIDO CAETANO CARNEIRO
 RUA VINTE E OITO DE DEZEMBRO 18
 TERM.NET-ISO 00012540 DATA 14/08/2018
 DATA:14/08/2018 HORA DE BRASILIA:09:37

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA 09:37HR
 AGENCIA 5774 CTA 0561917-3 14/AGO/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL
 + CONTA FACIL (C/C + FOUN)

TOTAL DE RECURSOS

SALDO DISP. P/INVEST.

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL (C/C +
 ----- JULHO 2018 -----

DIA	HISTORICO	N. DOCTO
13	SALDO ANTERIOR	
25	RENDIMENTOS	2503715
	POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4	
	GASTO C CREDITO	3990206
	S A L D O	
31	TRANSF.AUT. C/C 5774354	
	JOSENILDO ALMEIDA DA SILVA	
	S A L D O	

11 SET. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 291/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data do fato: **20/03/2018** hora: **13H20MIN**

Notificante: ****, alcunha "****", Nacionalidade: ****,
naturalidade: ***, nascido em **/**/**, documento: ***, filho de
*** e de ***, endereço: *****, referência: ****.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. de Barros e Silva**

Vítima: **ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA**, alcunha "****", Nacionalidade:
brasileira, naturalidade: Riacho dos Cavalos-PB, idade: 30 anos,
nascido em 25/05/1987, cor/raça: *****, Estado Civil:
União Estável, Profissão: agricultora, Escolaridade: *****,
documento: RG 3053482 SSP/PB, filiação: Raimundo Teodoro Sobrinho
e de Rita Francisca de Sousa, endereço: Rua José Pereira de Sousa,
s/n, José Américo, Riacho dos Cavalos-PB, referência: ****.
Tel/Cel: (***)***;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora
supracitadas a vítima estava conduzindo a motocicleta Honda Biz
125 ES, cor vermelha, placa NPV 5235/PB, CHASSI 9C2JC42209R062874,
licenciado em nome de JOÃO FRANCISCO DE FREITAS, na Rua Epitácio
Maia de Vasconcelos, próximo ao Mercadinho de Bracinho, Riacho dos
Cavalos-PB, quando paasou por uma pedra solta e perdeu o controle
da moto caindo no chão; QUE a a vítima foi socorrida pela
ambulância municipal de Riacho dos Cavalos, que a levou para o PSF
I no Bairro José Américo em Riacho dos Cavalos-PB onde realizou
uma sutura na cabeça e posteriormente foi transferida para o
Hospital Regional de Sousa, onde o médico observou na vítima uma
fratura no pé direito. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 26 de março de 2018. Às 15:57 horas.

Rosivânia Teodoro de Sousa

☒ Notificante

☐

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL -
Matrícula: 168.447-7

INSCRIÇÃO ESCRITO

11 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA

CPF da Vítima

088.829.934-69

Data do Acidente

20/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

JOSE OLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM

Telefone (DDD)

(83) 99660-2903

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RIACHO DOS CAVALOS/PB 13 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Rosivânia Teodoro de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIALB00063927



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA - JOSÉ FACUNDO DE LIRA - S/N - GATO PRETO
CEP: 58.808-005 CNES: 250653-7 ESTADO: PARAÍBA UF: 25
MUNICÍPIO: SOUSA

DADOS DO PACIENTE

NOME: ROSMÂNIA TEODORO DE SOUSA PRONT.: 00036522
SEXO: F DN - IDADE: 25/05/1987 - 30 A 9 M 27 D RAÇA / COR: PARDAS
MÃE: RITA FRANCISCA DE SOUSA OCUPAÇÃO
NATURALIDADE: RIACHO DOS CAVALOS - PB SUSPRENATAL:
CNS: 702907596952472 CPF: DOCUMENTO:
ENDEREÇO: RUA - JOSÉ PEREIRA DE SOUSA - SN - CENTRO CONTATO: (81) 99650-5992
COMPLEMENTO: ESTADO: PARAÍBA
MUNICÍPIO: RIACHO DOS CAVALOS CEP: 58.870-000
CÓDIGO DO MUNICÍPIO 251280 DATA: 21/03/2018 09:19:37 REGISTRADO POR: Jose Jabo

CLASSIFICAÇÃO NA INFORMADO PESO TEMPERATURA PRESSÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

história da doença
do trato stre
la 2

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Ex 1 GTC Tsf.
Ex 1 TFD

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

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

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

problemas de equilíbrio de 1º grau

ENCAMINHAMENTO

- ☐ MEDICAÇÃO
☐ PRESCRITA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ APLICADA
☐ ÓBITO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - CARIMBO

Dr. Antonio Elvira
11/12/2017
11/12/2017

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU PEGAR DIRETO

Rosmânia Teodoro de Sousa
ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO
ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO

REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
RUA JOSEFA CLAUDINA DA CONCEICAO, S/N - JOSE AMERICO
RACHO DOS CAVALOS/PB CEP: 58870000 (AG: 245)



Classe/Subcl. COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Roteiro 14 - 245 - 405 - 5030
NP medidor 00008682724

Referência: Fev/2017
Emissão: 20/02/2017

ENERGISA PARÁIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cinto Redondo - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.006.183/0001-40 - Insc. Est. 16.115.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.111.601
Código para Débito Automático: 00017130766

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1713076-6

Fev/2017

Canal de contato

Apresentação

20/02/2017

Data prevista da
próxima leitura

23/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para o cliente Pagar
Apresentar este documento ao caixa
Fornecer o código de barras para a cobrança de energia elétrica - 08 015 019 766



ENERGISA PARÁIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cinto Redondo - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.006.183/0001-40 - Insc. Est. 16.115.823-0

DADOS DO CLIENTE

REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
RUA JOSEFA CLAUDINA DA CONCEICAO S/N
RACHO DOS CAVALOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1713076-6

REFERÊNCIA

JUL/2018

APRESENTAÇÃO

25/07/2018

CONSUMO

6

VENCIMENTO

01/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 32,39

Acesse: www.energisa.com.br



REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
Roteiro 14-245-405-5030
CONTA/PAGA - Data de Pagamento: 01/08/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	REFERÊNCIA
01/08/2018	R\$ 32,39	01/08/2018 - 01/08/2018

11 SET. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.494.194 / 94 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.829.934 / 69 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.829.934 / 69 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
AUA JOSEFA OLINDINA DA CONCEIÇÃO		S/N	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JOSÉ AMÉRICO	RIACHO DOS CAVALOS	PARÁIBA	58.870-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
JOSE OLIVEIRA. ADVOGADO@GMAIL.COM	(83) 99696-4240	(83) 99660-2903	

RIACHO DOS CAVALOS/PB, 13 de AGOSTO de 2018
Local e Data

José Bruno Queiroga de Oliveira
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO FRANCISCO DE FREITAS,

RG nº 1.152.802, data de expedição 01/10/14 85

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 752.722.614-53, com domicílio na cidade de Catolé do Rocha, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Pedras de Freitas, nº 514,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA, cujo o condutor era ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA.

Veículo: PAS / MOTONETA / NÃO APLIC

Modelo: HONDA / BIZ 125 ES

Ano: 2009

Placa: NPV 5235 / PB

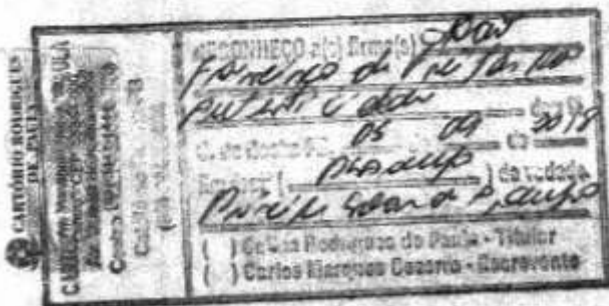
Chassi: 9C2JC42209R062874

Data do Acidente: 20/03/2018

Local e Data: RIACHO DOS CAVALOS / PB, 13/08/2018

João Francisco de Freitas
Assinatura do Declarante

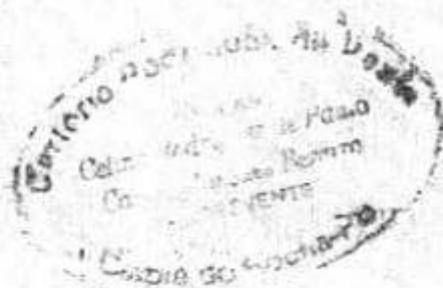
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Triscila Soares de Araújo
Escriturante

Selo Digital: AHL75129-5FFS

Consulte a autenticidade em:
<http://selodigital.tpb.jus.br>



DOCUMENTO ORIGINAL



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 80063927



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - S/N - GATO PRETO
CEP: 58.800-005 CNE: 28053-7 CNPJ: 08.778.266/0027-08
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE
NOME: ROSANNA TEODORO DE SOUSA PRONT.: 00038522
SEXO: F DN - IDADE: 25/05/1987 - 36 A 9 M 27 D RAÇA / COR: PARD
MÃE: RITA FRANCISCA DE SOUSA OCUPAÇÃO
NATURALIDADE: RIACHO DOS CAVALOS - PB SUSPENSÃO:
CNS: 702907596952472 CPF: DOCUMENTO:
ENDEREÇO: RUA - JOSE PEREIRA DE SOUSA - SN - CENTRO CONTATO: (83) 99650-8992
COMPLEMENTO: CEP: 58.870-000 ESTADO: PARAÍBA
MUNICÍPIO: RIACHO DOS CAVALOS DATA: 21/03/2018 09:19:37 REGISTRADO POR: Jose Fabio
CÓDIGO DO MUNICÍPIO 251280

CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO PESO TEMPERATURA PRESSÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

história da doença
do trato urinário
há 2

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Re A B C Tsf.
11/17

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS, TIPOS, DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO
Infecção do trato urinário

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ PRESCRITA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ RESIDÊNCIA
☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ APLICADA
☐ ÓRITO
☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES(S) - CARIMBO

J. Antonio Elias
MÉDICO - CRM 212/2
Rég. 104-81

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU PULGAR DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO



RECEITUÁRIO

PACIENTE

ATFSTPZO. MÉDICO

ATFSTO PARA OS Q TUDO OS FUS
F A DUE ROSIUMUW TPIGUSO JI
BOUBA FOI ATRUJIA NYS TA
UNIDAOI SUDIA PUO W 2003 IV
W M PULITROUPTASPIB. RFAIUGO
GUTORA FIBIUNW TO COUSI LABEUSO
CURATIUMS DMS IS WPIPWTS. HFA.
TIUGO BX. PE QIVHITO I BUDHIZO
W M FRATURAS. JUI. QUBIBS.
HAPLIADO WMOBILIZACAO W M.
ATPOUAA. PARA QUPLIPO
VIST. FIBIUS

60, 03, IV.

DATA

Dr. Aníbal Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3388
CPF: 160.365.304-04

PROFISSIONAL

11 SET. 2018



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
ROSIVANE TEODORO DE SOUSA
portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo
portador da afecção CID - 10 5.122.5923.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativa por um período de 00 (SESSENTA)
dias, a partir desta data.

Riacho dos Cavalos - PB, 20.03.18

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Valde Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3388
CPF: 160.365.304-04

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

11 SET. 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável

03/04/2019 07:18:35

Requerente: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Sexo: Feminino

Nasc.: 25/05/1987

NB: 625.151.109-9

Est. Civil:

RG: 00003053482

Emissão:

Nº Requer.: 192163226

Ocupação:

Data Exame: 05/12/2018

Ordem: 1.00

Benefício:

AUXILIO-DOENÇA PREVIDENCIARIO

Início da Doença: 20/03/2018

Cessação do Benefício: 20/06/2018

Início da Incapacidade: 20/03/2018

CID: S922

Fratura de outros ossos do tarso

História:

Requerente recepcionista, desempregada, refere ter sofrido acidente de moto em 20/03/2018, com fratura em pe D e TCE, em tratamento conservador. Atualmente sem queixas. Apresentou atestado médico emitido em 20/03/2018, por Dr. Ivaldo Lima (CRM-PB 3388), com CID10 S92.2/S92.3.

Considerações:

Houve incapacidade laborativa por 90 dias.

Exame Físico:

Consciente, orientada, afebril, eupneica, acianótica, anictérica, com boa perfusão periférica e bom estado geral.
Marcha livre. Sem dificuldade para sentar e levantar-se.
Sem outras alterações dignas de nota ao exame médico pericial.

04 ABR. 2019

Ac. do Trabalho: NÃO **Encam.   Reab. Profissional:** NÃO

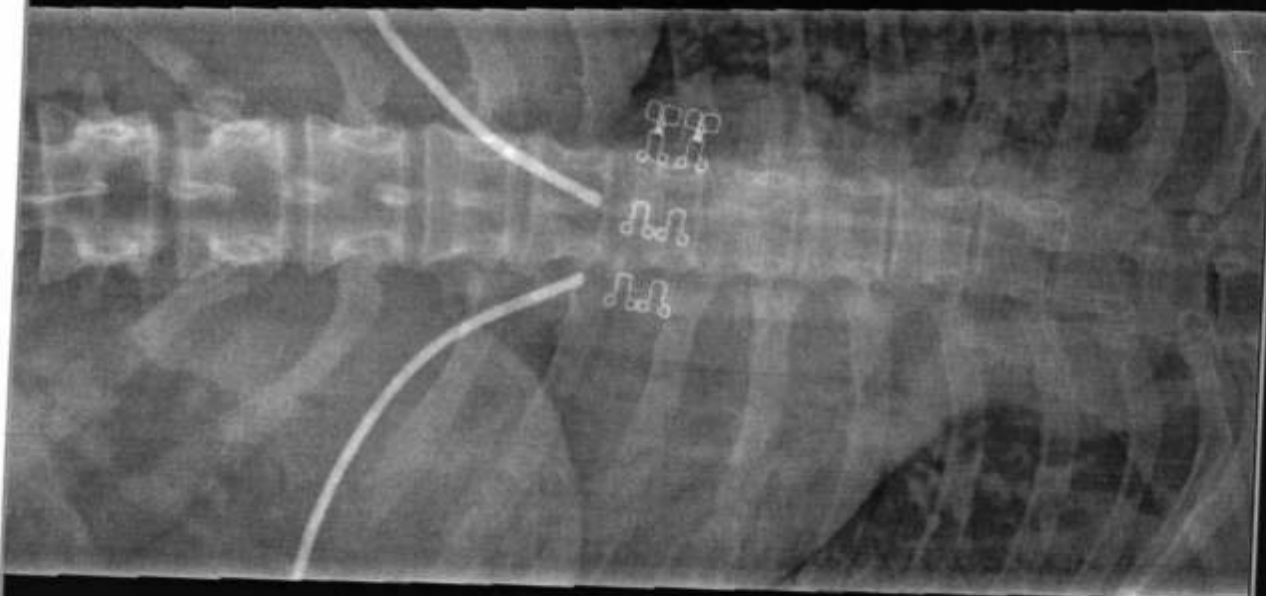
Espécie de Nexo:

Isenção de Carência: SIM

Auxílio Acidente: NÃO **Sug. de Apos. por Invalidez:** NÃO

Vistoria Técnica:

Resultado: Existiu incapacidade laborativa.



UNIQUE: S:200 L:4.0 SCL d:1.1 g:2.19 sb:2.04 eq:0.6 nr:0.52
Operator: u
Referring Physician: DRB IVALL
WV - m
Zoom 100

L-Spine: AP

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

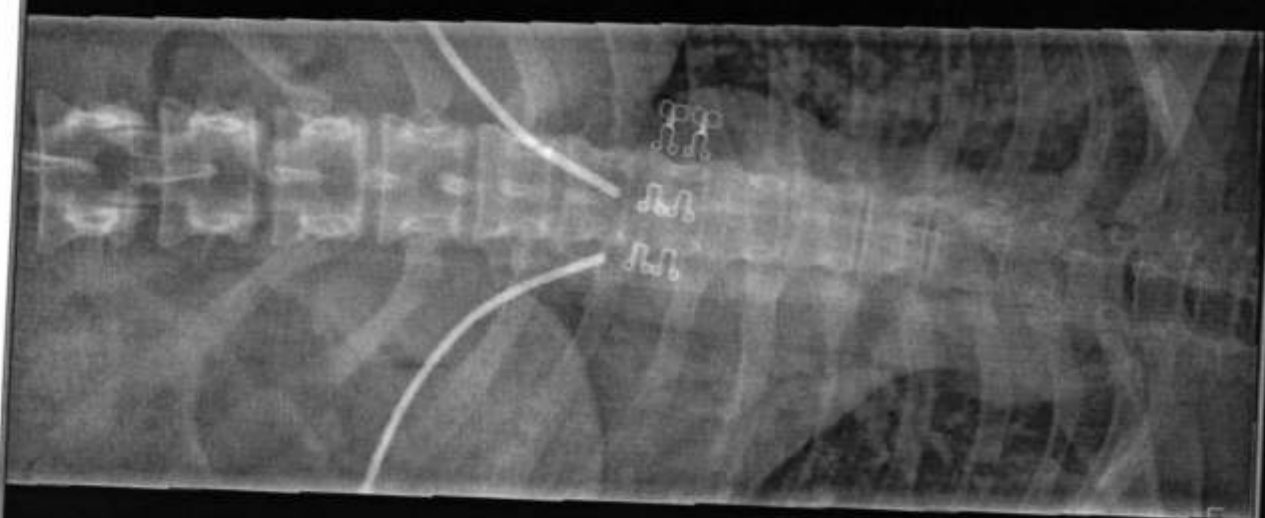
5/25/1987 F

3/20/2018

1

3:09 PM

SID mm



UNIQUE: S:200 L:4.0 SCL d:1.1 gr:2.19 sbv:2.04 eq:-0.6 nr:0.52

Operator u
- kV, - m
Zoom 100



04 Mar 2018

04 ABR. 2019

: L-Spine: Lateral

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

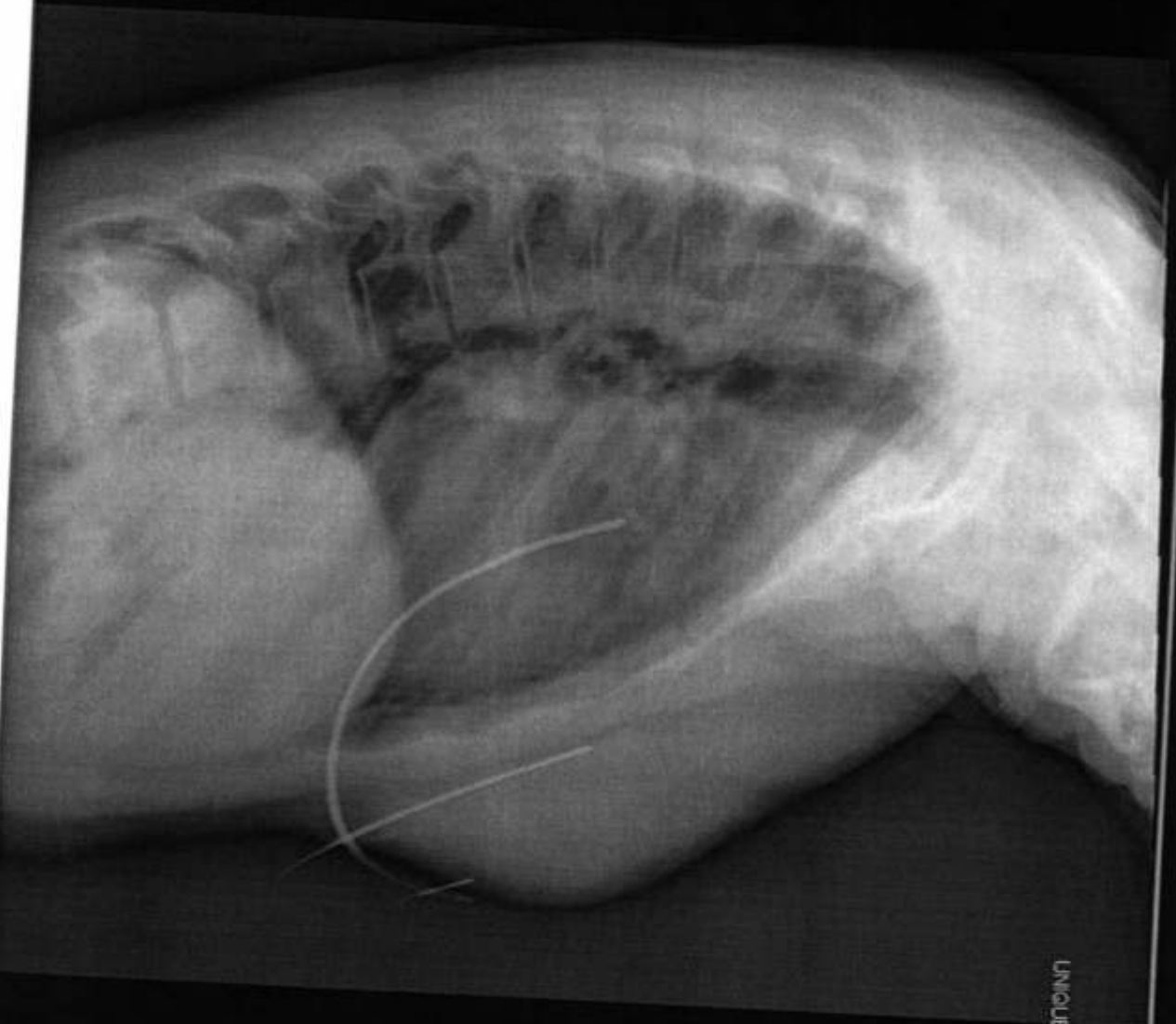
20180320-01-0012

S/25/1987 F

3/20/2018

3:10 PM

1



UNIQUE: S:200 L:4.0 SCL d:1.1 g:2.19 str:2.04 eq:-0.6 nr:0.52

Operator u
- kV, - m
Zoom 100

SID mm

04 ABR. 2019

Ankle: Lateral

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

52251987 F

3/20/2018

3:14 PM

1



R

HRCT

Operator used

- kV, - mA

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:3 gr:5.98 sb:4.58 eq:1 nr:0 dc:3.31 b...

Zoom 100%

SD mm

04 ABR. 2019

Ankle: AP

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

5/25/1987 F

3/20/2018

3:15 PM

1



L

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1.74 g:3.09 sb:4.58 eq:1 rv:0 dc:3.2

Operator: us
- kV, - m
Zoom 100



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 80063927



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - S/N - GATO PRETO
CEP: 58.800-005 CNEC: 280453-7 CNPJ: 06.778.266/0027-08
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE
NOME: ROSANNA TEODORO DE SOUSA PRONT.: 00038522
SEXO: F DN - IDADE: 25/06/1987 - 36 A 9 M 27 D RAÇA / COR: PARD
MÃE: RITA FRANCISCA DE SOUSA OCUPAÇÃO
NATURALIDADE: RIACHO DOS CAVALOS - PB SUSPENSÃO:
CNS: 702907596952472 CPF: DOCUMENTO:
ENDEREÇO: RUA - JOSE PEREIRA DE SOUSA - SN - CENTRO CONTATO: (83) 99650-8992
COMPLEMENTO: CEP: 58.870-000 ESTADO: PARAÍBA
MUNICÍPIO: RIACHO DOS CAVALOS DATA: 21/03/2018 09:19:37 REGISTRADO POR: Jose Fabio
CÓDIGO DO MUNICÍPIO 251280

CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO PESO TEMPERATURA PRESSÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

história da doença
do trato urinário
há 2

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Re A B C Tsf.
Re H T D

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS, TIPOS, DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

Problemas de cateterização de urina

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ PRESCRITA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ APLICADA
☐ ÓBITO
☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES(S) - CARIMBO

J. Antonio Elias
MÉDICO - CRM 212/2
Rég. 104-81

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU PULGAR DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO



RECEITUÁRIO

PACIENTE ATISTAZO MÉDIO

ATISTO PARA OS Q TUDO OS FUS
FUTUR. RESUMUO TPIGUSO
BOUBA FOI ATUADA NESTA
UNIDADE, SUO P U O W 2003-14
W M PULITRONUTAS. REALIZADO
BUTORA FIBRINOLITICO COM O ABELUO
CURATIVOS DOS FS UPIALOTIS. HFA.
TIPOO BX. PE GITHITO (BUBUO
W M FRATURAS. IM. OMBUS.
HAPILADO MOBILIZADO W M.
ATPONA. PARA DUPLICAT
VISTIBLOS

60, 03, 14.

Dr. Aníbal Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3388
CPF: 160.365.304-04

DATA

PROFISSIONAL



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
ROSIVANE TEODORO DE SOUSA
portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo
portador da afecção CID - 10 5.122.5923.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativa por um período de 00 (SESSENTA)
dias, a partir desta data.

Riacho dos Cavalos - PB, 20.03.18

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Valde Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3388
CPF: 160.365.304-04

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

11 SET. 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável



11 SET. 2018



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3053482 DATA DE EXPEDIÇÃO 27 AGO 2002

NOME ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

FILIAÇÃO Raimundo Teodoro Sobrinho
Rita Francisca de Sousa

NATURALIDADE Riacho dos Cavalos-PB DATA DE NASCIMENTO 25/05/1987

DOC ORIGEM Cert. Nasc. 4.684, fls. 250, Liv. 5/N

CPF Cert. Riacho dos Cavalos-PB

Assinatura do Diretor

10 VACINADO
BRASIL
LIVRE
DA LEISHA

11 SET. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005




José Bruno Queiroga de Oliveira
ASSINATURA DIGITAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.680.243 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2010

NOME JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

PATRIARCA VALDENOR FERREIRA DE OLIVEIRA
MARIA DO SOCORRO QUEIROGA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA - PB DATA DE NASCIMENTO 18/07/1984

DOK. O NASC. N. 41496 FLS. 286 LIV. A-40
CARTÓRIO 2ª JOÃO PESSOA - PB

CIT 047.494.194-94

ASSINATURA DO CARTEIRO

LEI Nº 7.116 DE 20/05/03

11 SET. 2018

CONTRAN

DENATRAN

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 011545693301
 VIA 1 0014730866-6 00/00000000 2015
 COD RENAVAM PRT 20151300004230-6 EXERCÍCIO

JOAO FRANCISCO DE FREITAS

75272261453

NPV5235/PB

NOVO PB

9C2JC42209R062874

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/BIZ 125 ES

2009 2009

2 P/124 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM

20/05/2015

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/QUOTAS

2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

CATOLE DO ROCHA - PB

32280

28/05/2015

31054

PB Nº 011545693301 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

1 75272261453

CPF / CNPJ

NPV5235/PB

00147308666

HONDA/BIZ 125 ES

2009 9

9C2JC42209R062874

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

05/02/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

31054-0734154-20150528

JUN-2014

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330953/18

Número do Sinistro: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

CPF: 088.829.934-69

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA
CPF: 047.494.194-94

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180420134 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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