

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL VIEIRA DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04622

CONTA: 000000014388-4

---

Nr. da Autenticação 4FD9A65FCE1221D0

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180600049      **Cidade:** PIRACURUCA      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL VIEIRA DE BRITO      **Data do acidente:** 17/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM MALÉOLO TIBIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

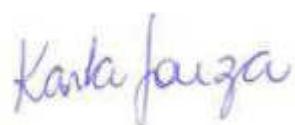
**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180600049      **Cidade:** PIRACURUCA      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL VIEIRA DE BRITO      **Data do acidente:** 17/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM MALÉOLO TIBIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460603/18

**Vítima:** MANOEL VIEIRA DE BRITO

**CPF:** 789.421.523-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/08/2018

**Titular do CPF:** MANOEL VIEIRA DE BRITO

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MANOEL VIEIRA DE BRITO : 789.421.523-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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](http://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: 21/12/2018  
Nome: MANOEL VIEIRA DE BRITO  
CPF: 789.421.523-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/12/2018  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

MANOEL VIEIRA DE BRITO

Danielle Nobre de Sousa

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <b>MANOEL VIEIRA DE BRITO</b>		
789.421.523-68			CPF:	789.421.523.68
Nome completo: <b>MANOEL VIEIRA DE BRITO</b>			Número:	Complemento:
Profissão: <b>LAVRADOR</b>	Endereço: <b>SAMBAIBA</b>			
Bairro: <b>ZONA RURAL</b>	Cidade: <b>PIRACURUCA</b>	Estado: <b>PIAUÍ</b>	CEP: <b>64240-000</b>	Tel.(DDD): <b>(86)994460897</b>
E-mail:				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **4622** CONTA: **00014388** 4  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação que consta no meu laudo de resgate, nº 461, Lote C, Centro de Resgate, CEP: 64.000-470, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a realização de perícias para fins de indenização, nem renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

21 DEZ 2010

GENTE SEGURADORA S.A.  
Centro de Resgate  
Lote C  
CEP: 64.000-470

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <i>Paracuruca, 15-12-2018</i>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º   Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	
		Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
*Manoel Vieira de Brito*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS		
1º   Nome: _____		
CPF: _____		
		Assinatura
2º   Nome: _____		
CPF: _____		
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

4622 - PIRACURUCA, PI  
DATA: 19/11/2018

TERMINAL: 1002 NSU: 000282 HORA: 12:01:42  
AUT.: 0029

COMPROVANTE DE DEPÓSITO  
NUM DOC.: 000000

AGÊNCIA/CONTA CREDITADA: 4622/013/00 014.388-4  
NOME: MANOEL VIEIRA DE BRITO  
DEPOSITANTE:  
O T.

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA 0800 726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

1a Via - Via Cliente





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **789.421.523-68**

Nome: **MANOEL VIEIRA DE BRITO**

Data de Nascimento: **13/11/1968**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/09/1996**

Dígito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **11:28:22** do dia **21/12/2018** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **C7D6.3322.B861.9ED4**



Este documento não substitui o [Comprovante de Inscrição no CPF](#).

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





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 116530.001265/2018-59**

Unidade de Registro: DP DE PIRACURUCA

Resp. pelo Registro: Jefferson Paulo Ribeiro Soares

Data/Hora: 29/10/2018 - 13:14

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE PIRACURUCA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PIRACURUCA

Endereço

ASSENTAMENTO SANTO IZIDIO, Nº:

Complemento

4943/9

Data/Hora

17/08/2018 - 14:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome: MANOEL VIEIRA DE BRITO**

RG: 1080547 SSP PI

Mãe: MARIA VIEIRA DE BRITO

Pai: ANTONIO RODRIGUES DE BRITO

Endereço: LOCALIDADE SAMBAIBA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PIRACURUCA - CEP: 64240-000

Telefone(s): 86-9446-0897

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**Nome: ALRENICE DE BRITO COUTINHO**

Mãe: ANTONIA ALZERINA DE BRITO COUTINHO

Endereço: RUA SANTO EXPEDITO, Nº 669

Bairro: ESPLANADA

Cidade: PIRACURUCA - CEP: 64240-000

Telefone(s): 86-9946-0860

Tipo Envolv.: TESTIMONIAL  
 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 21 DEZ 2018  
 GESTÃO: SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Marca:** **Modelo:**

1 - HONDA, BIZ 125 ES

**Condutor:** MANOEL VIEIRA DE BRITO

RG: 1080547 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE SAMBAIBA Número: Complemento:

Cidade: PIRACURUCA UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

**Proprietário:** ALRENICE DE BRITO COUTINHO

Cidade: PIRACURUCA UF: Bairro: ESPLANADA

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE COMUNICA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA, PILOTAVA A MOTOCICLETA SUPRA PELA ESTRADA DE PIÇARRA QUE LIGA O Povoado ALTO ALEGRE A CIDADE DE COCAL, QUE CHEGANDO NO ASSENTAMENTO SANTO IZÍDIO, ZONA RURAL DESTE MUNICÍPIO DE PIRACURUCA-PI, DERRAPOU NA PIÇARRA E PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU SOFRENDO FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO. QUE FOI SOCORRO PELA AMBULÂNCIA E LEVADO AO PRONTO SOCORRO DESTA CIDADE, DE ONDE FOI ENCAMINHADO PARA PIRIPIRI E POSTERIORMENTE PARA TERESINA ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NA CLINICA NEUROCENTRO.



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 116530.001265/2018-59**

Jefferson Paulo Ribeiro Soares - Mat. 2982498  
AGENTE DE POLÍCIA

*X manuel Vieira de Brito*  
MANOEL VIEIRA DE BRITO - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Delegado de Polícia*  
Bel. Hugo de Alcântara Seabra Filho  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 299067-9

