
Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11549156

A/C: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459001 ASL-0326159/17
Vitima: RISONALDO DA SILVA BARBOSA
Data Acidente: 03/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **RISONALDO DA SILVA BARBOSA**

Nº Sinistro: **3170459001**
Vitima: **RISONALDO DA SILVA BARBOSA**
Data do Acidente: **03/10/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170459001**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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.

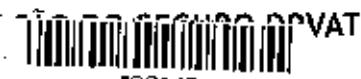
Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Risonaldo da Silva BarbosaPORTADOR(A) DO RG Nº 1.953.594 EXPEDIDO POR SS.DS I PB EM 32/04/2010CPF 024.490.846.09-35 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Risonaldo da Silva Barbosa. 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 Salário ou Funcional;
- Conta empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta corrente 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularizar ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL (www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner/foto/digitalizados, 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.

USAR CÓDIGO DE BARRAS NA CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 003

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

0944-X

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

34.083-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS REAL, BANCO ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE. 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.

Mamanguape, 04 de Março de 2016

LOCAL E DATA

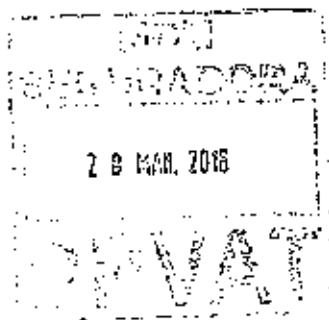
Risonaldo da Silva Barbosa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (vida, que será pago aos legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data da ocorrência), 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.

Não é possível alterar o processo de análise do pedido de indenização através www.dpvatseguradora.insitu.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Nº DO SINISTRO 3160229585

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, RISONALDO DA SILVA BARBOSA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1953 584 EXPEDIDO POR SSP/PB EM / / E

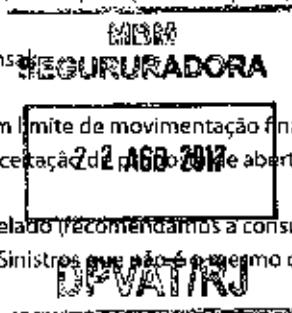
CPF 024984684-55 /CNPJ 00000000-0000-000 PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ Recebido NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RISONALDO DA SILVA BARBOSA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT (Sinistros que não é o mesmo de 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 4984 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0944-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 14083-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

João Pessoa/PB, 20 de JULHO de 2017

LOCAL E DATA

Risonaldo da Silva Barbosa

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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Seguradora Lider - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, juntamente com dados de terceiros, quando estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Risonaldo da Silva Barbosa

PORTADOR(A) DO RG Nº: 1.953.594EXPEDIDO POR: 35051 PBEM 32/04/2010CPF: 024.984.609-55 /CNPJ: 000000000000000000 PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Risonaldo da Silva Barbosa. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASSEGUNDO PRESTADAS.

1) A Circular Sisop nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constar cadastro de todos 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta corrente quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo PACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo PACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPLANÇA operação 013 da CBF aberta em Unidade Lotáticas 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 comprovativo dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.rgi.economia.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o主人 da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário;

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner/foto, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO: 004Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0944-XNº da CONTA (com dígito, se existir) 14.083-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPLANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE. 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.

Mamanguape 04 de Março de 2016

Risonaldo da Silva Barbosa

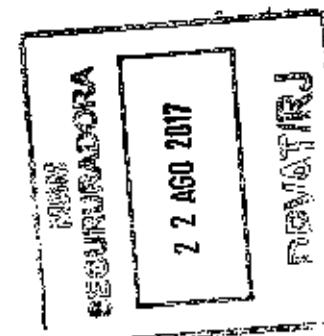
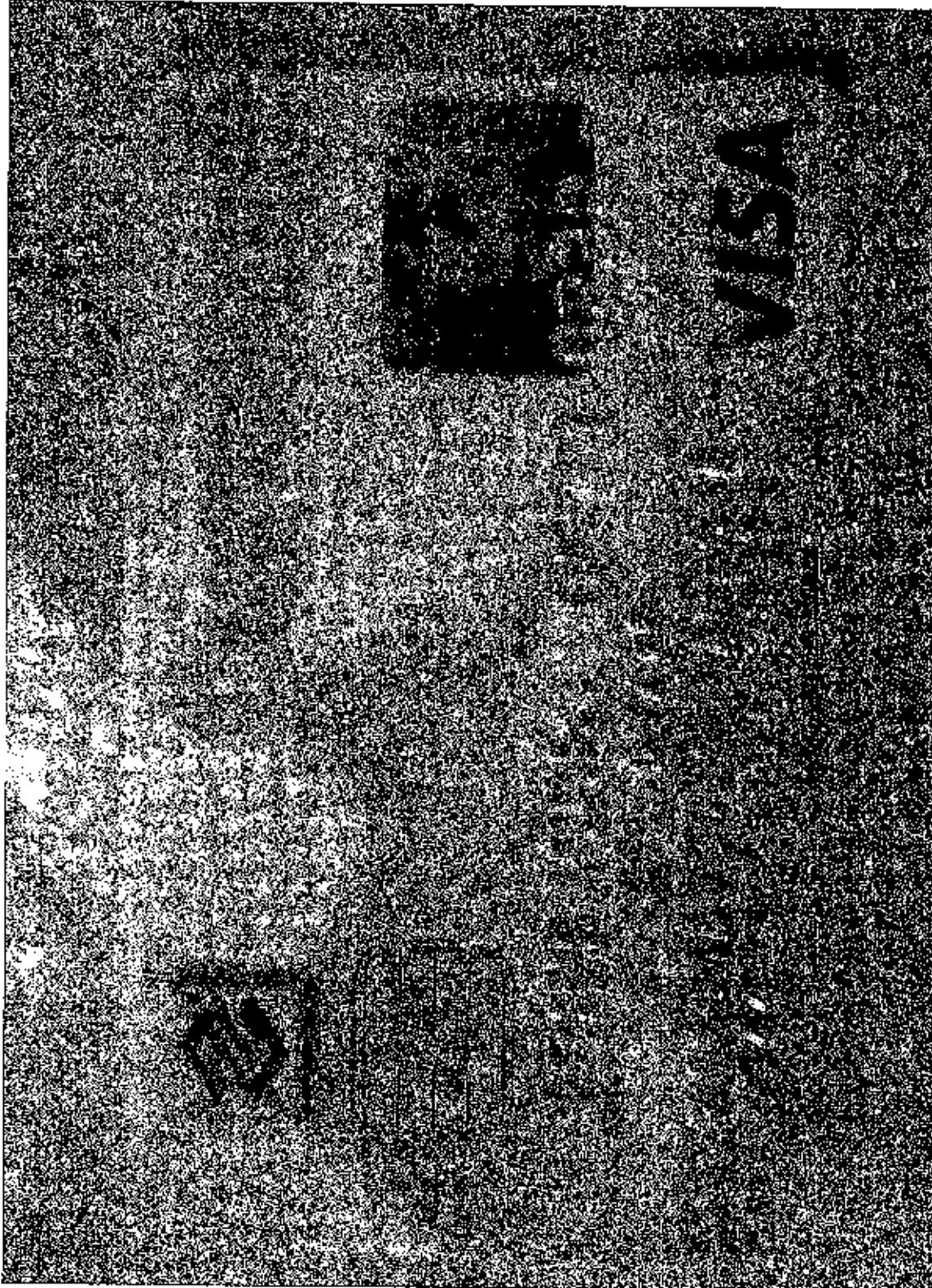
LOCAL E DATA

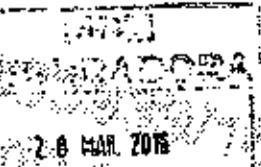
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$15.500,00 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 agilizar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradolamito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







Documento emitido digitalmente

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 007/2015
Ocorrência nº. 2.379/2015

Aos DEZESSEIS dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) ad-hoc Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 09h:59min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

RISONALDO DA SILVA BARBOSA, conhecido por , Identidade nº 1.953.594-SSP/PB, CPF nº 024.984.684-55, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Francisco Canidé Barbosa E De Luiza Da Costa Barbosa , natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 06/12/1974 (40 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Alagoas, S/N, Zona Rural, tendo como ponto de referência: próximo a capela de São Sebastião, na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato: (83) 98807-8407.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 03 de 10 de 2015;
- 3) HORÁRIO: 13h:0min;
- 4) LOCAL: BR 101, próximo ao Sítio Camaratuba, nesta cidade;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Regional de Mamanguape;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

marca/modelo: FIAT/PALIO FIRE, ano: 2014/2015, placa: QFA 8969/PB, cor: vermelha, chassi: 9BD17122LF5969730 em nome da sua esposa ROSÁLIA CONRADO DE MELO BARBOSA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia 03/10/2015, na referida hora e local, estava se dirigindo da cidade de Mataraca em direção a sua residência no referido veículo o qual conduzia, quando o mesmo perdeu o controle deste e colidiu num canteiro depois de passar em um radar de controle de velocidade no local e ao colidir no canteiro o veículo capotou por diversas vezes; QUE assim sofreu acidente de trânsito; QUE segundo laudo do Hospital o noticiante deu entrada com relato e queixa de dor leve em região lombar e em MSE, QUE junto com ele e sua esposa estava a pessoa de SANDRA PESSOA; QUE foi socorrido por populares e conduzido para o Hospital Regional de Mamanguape, onde foi atendido conforme documentação anexa

9) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Comunicante

Frederico Figueiredo Brito da Silva / Matrícula nº 156.567-2

SECRETARIA

10 MAR 2016





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 007/2015

Ocorrência nº. 2.379/2015

Aos DEZESSETES dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevá(o) ad-hoc Frederico Figueiredo Brito da Silva, ai, por volta 09h:59min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

RISONALDO DA SILVA BARBOSA, conhecido por , Identidade nº 1.953.594-SSP/PB, CPF nº 024.984.684-55, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Francisco Canidé Barbosa E De Lutza Da Costa Barbosa , natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 06/12/1974 (40 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Alagoas, S/N, Zona Rural, tendo como ponto de referência: próximo a capela de São Sebastião, na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato: (83) 98807-8407.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLOGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 03 de 10 de 2015;
- 3) HORÁRIO: 13h:00min;
- 4) LOCAL: BR 101, próximo ao Sítio Camaratuba, nesta cidade;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Regional de Mamanguape;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

marca/modelo: FIAT/PALIO FIRE, ano: 2014/2015, placa: QFA 8969/PB, cor: vermelha, chassi: 9BD17122LFS969730 em nome da sua esposa ROSÁLIA CONRADO DE MELO BARBOSA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia 03/10/2015, na referida hora e local, estava se dirigindo da cidade de Mataraca em direção a sua residência no referido veículo o qual conduzia, quando o mesmo perdeu o controle deste e colidiu num canteiro depois de passar em um radar de controle de velocidade no local e ao colidir no canteiro o veículo capotou por diversas vezes; QUE assim sofreu acidente de trânsito; QUE segundo laudo do Hospital o noticiante teve entrada com relato e queixa de dor leve em região lombar e em MSE, QUE junto com ele e sua esposa estava a pessoa de SANDRA PESSOA, QUE foi socorrido por populares e conduzido para o Hospital Regional de Mamanguape, onde foi atendido conforme documentação anexa

9) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevá(o) que digitel.

Risonaldo da Silva Barbosa

RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Comunicante

Frederico Figueiredo Brito da Silva / Matrícula nº 156.567-2

20 MAR. 2013



FORWAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Portamento de identidade

40004+

Eu, Risonaldo da Silva Barbosa, portador da carteira de identidade nº 1.953.594 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.984.684-55, residente e domiciliado na Sítio Zalagoa Sine - Área Rural, Cidade Mamanguape, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.

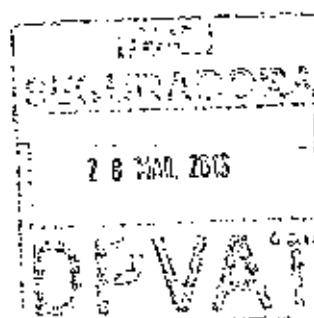
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Risonaldo da Silva Barbosa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mamanguape/PB - 04/07/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Portamento de identidade

40004+

Eu, Risonaldo da Silva Barbosa, portador da carteira de identidade nº 1.953.594 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.984.684-55, residente e domiciliado na Sítio Zalagoa Sine - Área Rural, Cidade Mamanguape, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.

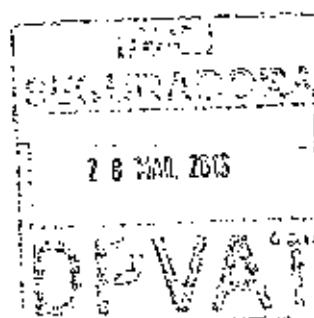
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Risonaldo da Silva Barbosa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mamanguape/PB - 04/07/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Existeção do IML

00004

Eu, Ricinaldo da Silva Barbosa, portador da carteira de identidade nº 1.953.594 e inscrito no CPF/MF sob o nº 034.984.684-55, residente e domiciliado na: Sítio Zelagoa S/nº - Área Rural, Cidade: Mamanguape, Estado: PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML, para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.

Ricinaldo da Silva Barbosa

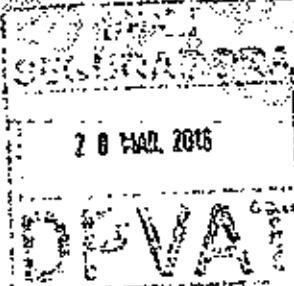
Assinatura do declarante

Documento de identificação

Local e data

Mamanguape/PB - 04/07/2016

20 MAR 2016



Comp. Ano Declaração



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente RISONALDO DA SILVA BARBOSA , 40 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 03/10/2015 as 14:02 horas, inscrito sob o BAM nº. 74101. Sua mãe chama LUZIA DÁ COSTA BARBOSA.

O referido paciente deu entrada no serviço após acidente automobilístico e queixando-se de dor leve em região lombar e em MSE.

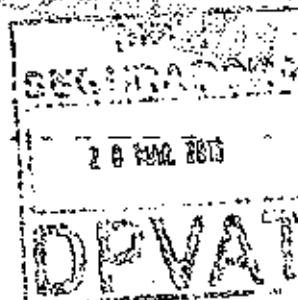
Feito propanolol 40mg vo e diclofenaco 50mg oral e liberado para casa.

CID: M79.6; M54.5

Mamanguape, 29 de Outubro de 2015

Francilino Rodrigues Leite Rangel

Diretor Técnico do HGM



RISONALDO DA SILVA
SIT ALAGOA, SIN - AREA RURAL
MAMANGUAPE/PB CEP: 58290000 (AG: 14)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Avançado: 18 - 44 - 181 - 2000 Recibido: Ago/2015
Nº de Edição: 00000291813 Emissão: 26/08/2015

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Cidade Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.082.183/0001-40 - Inscrição Estadual: 16015.232-0
Fone/Fax: 0800 083 0196 / 0800 1170 592
Código para o Site Automático: 00011460728



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

1502 10014460728 074 8285 8833 8053 8924.

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1166072-8**

Ago / 2015

Canal de contato

Apresentação

28/08/2015

83 999.18.8844

Data prevista da
proxima leitura

99682.5221

28/09/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

2439489455

Cálculo de consumo

Faturas em atraso	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	24/07/15 8077	28/08/15 8181	1	84	33

FATURAS VENCIDAS ATÉ
06/08/2015 PAGAS.
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	84	0,37868	31,63
Adic. B Vermelha			4,62

IMPOSTOS E ENCARGOS

IR	0,04
COFIA	2,84
CONTABILIZAÇÃO PÚBLICA	8,28
ICMS (Base de Cálculo R\$ 53,49 Alíquota 25,00%)	13,38

Histórico de Consumo
(kWh)

Jun/15 821
Jun/15 024
Maio/15 89
Abril/15 81
Mar/15 73
Fev/15 76
Jan/15 82
Dez/14 74
Nov/14 67
Out/14 65
Set/14 89
Ago/14 86

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses:
74 kWh

03/09/2016

R\$ 59,70

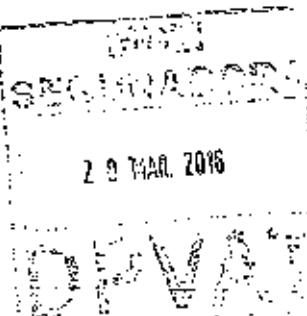
Indicadores de Qualidade 2015-Rio Turvo

Límites de ANEEL	Apurado	União de Tensão (V)
DC MENSAL	13,20	8,42
DC TRIMESTRAL	26,34	100,00
DC ANUAL	32,68	220
FC MENSAL	8,50	2,00
FC TRIMESTRAL	17,09	CONTRATADA
FC ANUAL	34,18	LIMITE SUPERIOR
BMC	1,10	201
DCR	18,80	LIMITE SUPERIOR
	5,17	291

Descrição	Valor (R\$)	%
Sanções de Déficit de Energia/PB	14,42	25,18
Consumo de Energia	17,94	30,53
Excesso de Temperatura	1,22	2,04
Encargos Sociais	1,22	5,20
Impostos Diretos e Encargos	23,26	38,65
Outras Despesas	0,00	0,00
Total	60,70	100,00

Vale de entendimento do todo Sistema de Distribuição
(Ref. 8/2015-AE17,6)

ATENÇÃO



29 MAI 2016



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosalia Connado de Melo Barbosa,
RG nº 2.213.779, data de expedição 11/05/2010
Órgão SSDSE/PB, portador do CPF nº 982473364-72, com
domicílio na cidade de Mamanguape, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Alagoas, nº 5170.

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 Risonaldo da Silva Barbosa cujo o condutor era Risonaldo da Silva Barbosa

Veículo: FIAT/PALIO FIRE

Page 14

Page 10

Placa: GFA 8969/PB

Chassi: 9BD17122LF5969730

Data do Acidente: 03/10/2015

Local e Data

Rosalia Corrada de Melo Barbosa

Assinatura do Declarante

Ribomoflo da serra Barbosa

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

SILVIA LINS **Teresa Ramos Lins**
RECONECENDO, como autentica e verdadeira, a(s) f177481(s) de:
RODALIA CONRADO DE MELO BARBOSA 16/11/2015 10:35:34
E é teste da verdade. Bananeque-PB 16/11/2015 10:35:34
Teresa Ramos Lins - Titular 
[2015-001611]ERHOL:BT 87,75 FAFEM:RG 0,23 FEP3:BT 0,23
SELO DIGITAL: AC17000519PB
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO SUBSTORFF 2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

Ram B. Patel, J. P. 990847 Marmangudape, 47 - OMV/3

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
RISONALDO DA SILVA BARBOSA
Dou fé. Mamanguape/PB - 16/11/2015
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital:ACK00348-4BOF
Acesse o site <https://selodigital.inte.jus.br>

A circular stamp with the text "ESTO" at the top left, "CARTÓRIO BUSTORFF" in large letters, "2º OFÍCIO" in the center, "Fone: (83) 3292-2297" at the bottom, and "MAMANGUAPE-PB" along the bottom edge.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosália Corrada de Melo Barbosa

RG nº 2.213.779, data de expedição 11/05/2010

Órgão SSP/PIB, portador do CPF nº 989.473.54-73, com-

domicílio na cidade de Mamanguape, no Estado de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Alagoas, nº 5mo.

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 Risonaldo da Silva Barbosa, o condutor era Risonaldo da Silva Barbosa.

Veículo: FIAT/PALIO FIRE

Modelo: 3014

Ano: 2015

Placa: QFA 8969/PB

Chassi: 913017122LF5969730

Data do Acidente: 03/10/2015

Local e Data:

Rosália Corrada de Melo Barbosa

Assinatura do Declarante

Risonaldo da Silva Barbosa

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

Data	Título	Assinatura
2015-10-03	Titular	Rosália Corrada de Melo Barbosa
Declaro, copia autêntica e verdadeira, al.º 11785 (§) de.....		
ROSÁLIA CORRADA DE MELO BARBOSA		
En teste da verdade - Mamanguape-PB 10/10/2015 10:33:34		
Teresa Reis Lisas - Titular		
[2015-001411] DERSOL:00 07/25 FAD/03/03 0,23 FEP/09 0,23		
SELO DIGITAL: 46370003-EPBB		
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br		

CARTÓRIO BUSTORNI 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua R. Frei J. Pacheco, 47 Mamanguape, 47 - Centro



Reconheço, por autenticidade, al.º 2º(a) de.....
RISONALDO DA SILVA BARBOSA
Dov M.: Mamanguape-PB - 16/11/2015
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital:ACK08364-B0CF
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

20/10/2015

PROVAT



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DO BOL: 0001

DATA DA CONSULTA: 3/10/10 HORA DO ATENDIMENTO: 14:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

NOME DA MÃE: JOSEFA DA COSTA BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1974 IDADE: 36 Ano(s) SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO:

ENDERECO: AL. 00000

C.D. - ALAGOAS

TELEFONE: 8507 8407

IRTCO DO PAC: 704207548267199

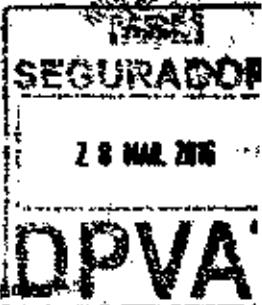
ANAMNESE HISTÓRICO FÍSICO (SUBCAPÍTULO)

Paciente é um homem de 36 anos, com cor de pele clara e olhos castanhos. Ele é casado e tem uma filha de 3 anos. Ele trabalha como motorista de caminhão.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

1. Propranolol 40 mg - VP
2. Diltiazem 60 mg - VP - VP
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.





FICHA DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

4/4

Data: 03/16/2016 14:10

HOSPITAL GERAL DE ARAÇATUBA - SP

PACIENTE: 7345 - PESSOA ATENDIDA NO DIA 03/16/2016
USUÁRIO: atendente
ATENDIMENTO: 14746
DT ATENDIMENTO: 03/16/16 14:02

DT NASC: 08/12/1934
IDADE: 81 anos, 9 meses e 26 dias.

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO: NAMARIA
TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 14:10:10
MÚSICA: MORTENSAU

DATA: 03/16/16 14:10
USUÁRIO: MARIA EDUARDA

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA:	60	S. P.	
PRESSÃO ARTERIAL CLÍNICA:	140	/90	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:	12	/min	
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA:	90	/mmHg	
HEMOGLICOTESTE (HGT):	C		
SATURAÇÃO (SP02):	100		
COR DA PELE:	Clara		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	100%		
TEMPERATURA CORPORAL:	36,5		
ESCALA DO DOR:	0		
QUEIRA PRINCIPAL:	ambiente relata dor no ambiente		
DIAGNÓSTICO:	afecção aguda de origem		

DATA: 03/16/16 14:10
USUÁRIO: MARIA EDUARDA



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETO DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: AGUDIZADO SUBAGUDO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: AGUDO

DATA: 08/03/2016

Endereço: Caxias

MEDICAÇÃO

PRESCRITA

PRESCRITA PELA CLÍNICA

OUTRO HOSPITAL

APLICADA

APLICADA NO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

OUTROS

TIPO DE ATENDIMENTO:

ALTA HOSPITALAR

ALTA CLÍNICA

DRT. Leônidas Basílio Alves
Médico - Clínico Geral
CRM-PB 11745

MEIO DE ATENDIMENTO: CONSULTA CLÍNICA - FARMACIA

ASS. DO ADVENTE/CONSELHEIRO FISCAL

RECOLHIMENTO DIRETO





BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DO BOL: 0001

DATA DA CONSULTA: 3/10/10 HORA DO ATENDIMENTO: 14:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

NOME DA MÃE: JOSEFA DA COSTA BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1974 IDADE: 36 Ano(s) SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO:

ENDERECO: AL. 0002

C.D. - ALAGOAS

TELEFONE: 8507 8407

IRTC DO PAC: 704207548267199

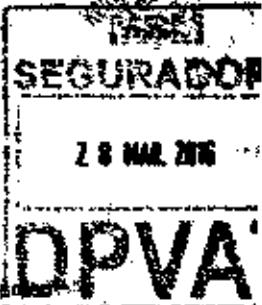
ANAMNESE HISTÓRICA FÍSICO (SUBCAPÍTULO)

Paciente é um homem de 36 anos, com cor de pele clara e olhos castanhos. Ele relata que tem uma doença crônica de longa data, que não sabe o nome, mas que causa muitas dores e limita suas atividades diárias.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

1. Propranolol 40mg 1sp - VD
2. Diclofenaco Sódico 100mg 1sp - VD
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.





FICHA DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

4/4

Data: 03/16/2016 14:10

HOSPITAL GERAL DE ARAÇATUBA - SP

PACIENTE: 7345 - PESSOA ATENDIDA NO DIA 03/16/2016
USUÁRIO: atendente
ATENDIMENTO: 14746
DT ATENDIMENTO: 03/16/16 14:02

DT NASC: 08/12/1934
IDADE: 81 anos, 9 meses e 26 dias.

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO
TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 14:10:00
RISCO: IMPORTESSÃO

DATA: 03/16/16 14:10
USUÁRIO: MARIA EDUARDA

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA:	60	S. P.	
PRESSÃO ARTERIAL CLÍNICA:	140	/90	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:	12	/min	
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA:	90	/mmHg	
HEMOGLICOTESTE (HGT):	C		
SATURAÇÃO (SP02):	100		
COR DA PELE:	Clara		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	Clara		
TEMPERATURA CORPORAL:	36,5	/°C	
ESCALA DE DOR:	0	Modificada	
QUEIRA PRINCIPAL:	ambiente lotado		
QUEIRAS SECUNDÁRIAS:	ambiente lotado		

DATA: 03/16/16 14:10
USUÁRIO: MARIA EDUARDA

CLASSIFICAÇÃO:	AMARELO
ENCERRADAS:	20 MAR 2016
DEVOLVIDAS:	

GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETO DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: AGUDIZADO SUBAGUDO

PERÍODO DE ATENDIMENTO: AGUDO

DATA: 08/03/2016

Larissa Corrêa

MEDICAÇÃO

PRESCRITA

PRESCRITA PELA CLÍNICA

OUTRO HOSPITAL

APLICADA

INTERNACAO

RESIDÊNCIA

OUTROS

PERÍODO DE ATENDIMENTO:

ALTA HOSPITALAR

ALTA CLÍNICA

DR. Lucila Basílio Alves
Médico - Clínico Geral
CRM-PB 11745

MEIO DE ATENDIMENTO: CONSULTA - CLÍNICA / CONSULTA - FARMÁCIO

ASS. DO ADVENTE/CONSELHEIRO FISCAL

RECOLHIMENTO DIRETO





SUSPENSAO

HGM



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE SÉRIE: 0001

DATA: 11/08/13 E HORA: 3/10/13 HORA DO ATENDIMENTO: 14:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RICARDO DA SILVA BARBOSA

NOME DA MÃE: MARIA DA COSTA BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1974 IDADE: 40 Ano(s) SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO:

ENDERECO: ALAGOAS

CEP: - ALAGOAS

TELEFONE: 8807 8407

TEL. DO SUS: 704307548287199

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com história de diabetes antecedentes de alto nível com sangue baixo de glicose.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

1. Propranolol 40 mg - VO
2. Diclofenaco 50 mg - VO
3. Ivermectina 1 mg
4. Paracetamol 500 mg
5. Cetamina 200 mg
6. Cloridrato de domperidona 30 mg



10 MIL 200

DPVA



FICHA DE CLASSIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO

4/4

Data: 03/10/2015 14:10

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPES - PB.

PACIENTE: 724101 PREGNANCIA N.º: 1698
USUÁRIO: EDRENIE
ATENDIMENTO: 14746
DT ATENDIMENTO: 03/10/15 14:00

IDADE: 40 anos, 0 meses, 0 dias.

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO CLÍMICO: C
TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: (30m)

DATA: 03/10/15 14:10
USUÁRIO: MARIA EDRENIE

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDIÁCA:

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA:

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:

PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA:

HEMOGLICOTESTE (HGT):

SATURAÇÃO (SP02):

COR DA PELLE:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

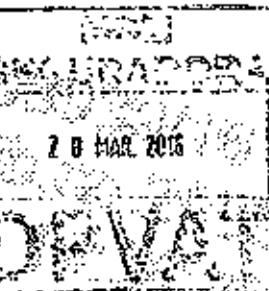
TEMPERATURA CORPORAL:

ESCALA DE DOR:

QUEIMA PRINCIPAL:

DATA: 03/10/15 14:10

USUÁRIO: MARIA EDRENIE



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: PREVENTIVO CURATIVO

Finalizado

MEDICAÇÃO

RECIPROCA

APPLICADA

OUTRO HOSPITAL

INSTITUCIONAL

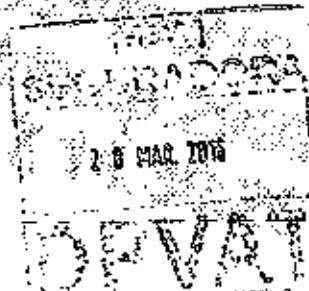
RESIDÊNCIA

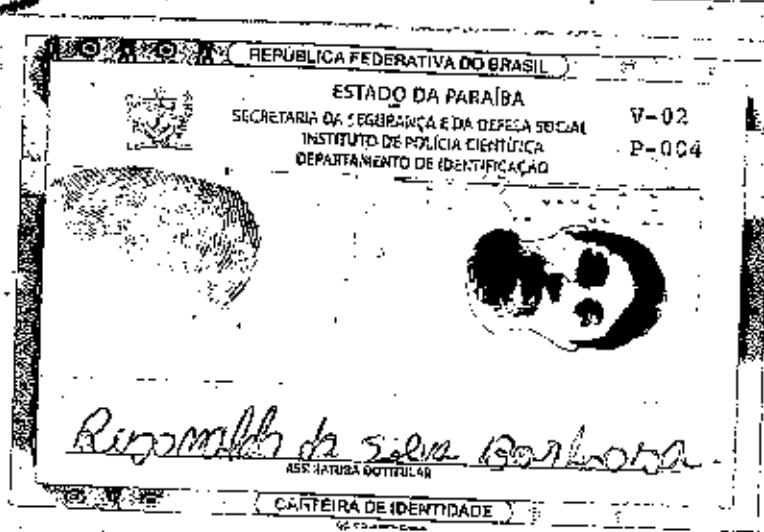
OUTROS

ALTA HOSPITALAR

DR. Lincoln Bezilio Alves
Médico - Clínico Geral
CRM - PB 5745

OU POR LIGAR DIRETO





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
Nº 1.953.594 - 2 VIA DATA DE
EXTRADICAO 12/04/2010

NOME RISONALDO DA SILVA BARBOSA

FILHOS FRANCISCO CANÍDE BARBOSA
LUIZA DA COSTA BARBOSA

NATURALIDADE MAMANGUAPÉ-PR DATA DE NASCIMENTO
06/12/1974

DOC. ORIGEM CASAM N. 4426 FLSA 26EV. LIV. AAUX13

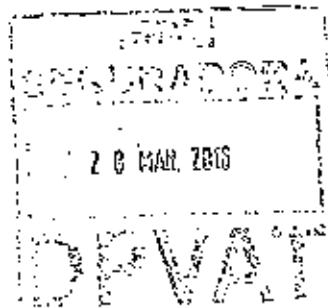
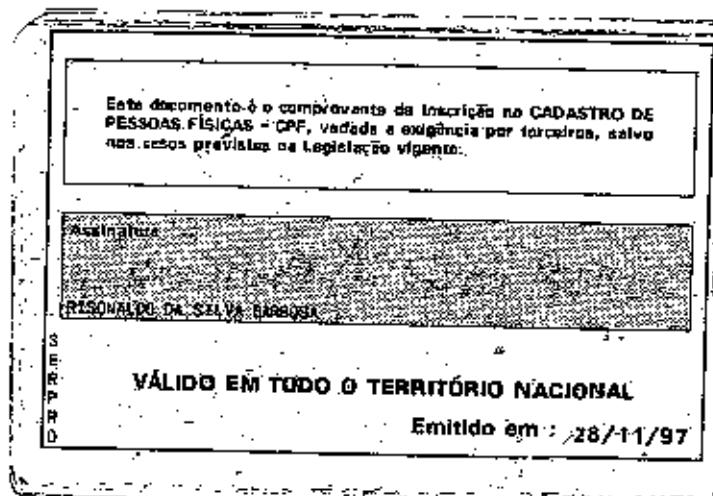
CARTORIO MAMANGUAPÉ PB
CPF 024.984.684-55 *Alfonso*

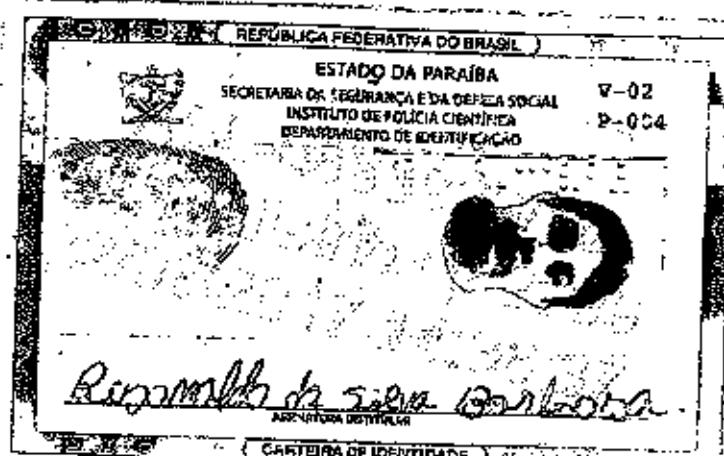
Lote Pessoa - P0 Sendo do Socorro V. Costa, Mdg.

ASSINATURA PSC

LEI Nº 7.1

00127





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO
SERIAL 1.953.594 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 12/04/2010

NOME RONALDO DA SILVA BARBOSA

PALETA FRANCISCO CANTO BARBOSA
ELIZA DA COSTA BARBOSA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

MAMANGUAPÉ-PB 06/12/1974

DOC. CRÍDER LARAN N. 4426 PLS-248V-LIV-AAUX13

CANTO MANANGUAPÉ-PB

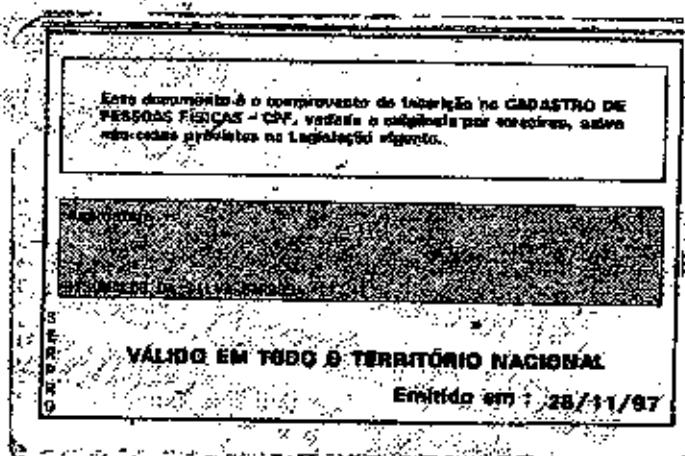
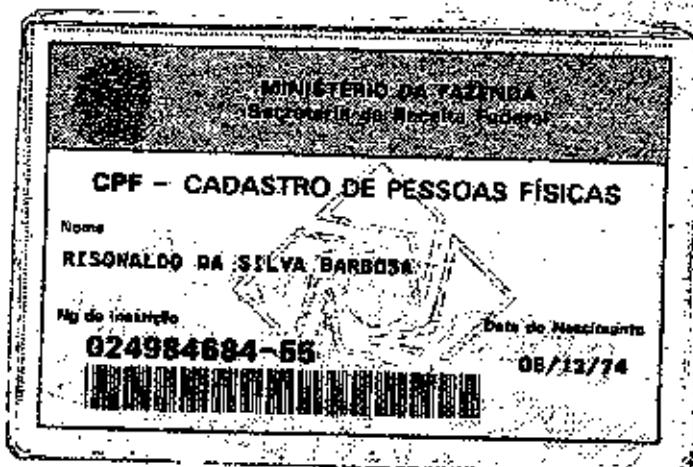
CPF 024.984.664-54

Endereço: Rua do Bento V. Cavalcante

ASSINATURA

LEIAZ

00127



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Risonaldo da Silva BonfimDATA DO ACIDENTE 03/10/2015 CPF DA VITIMA 024.984.684-55

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR XV-VIMA (REPRESENTANTE LEGAL) CÓDIGO PARABITESCO.COM

A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Sítio ZalagoaNº 51 n. COMPLEMENTO Bairro Área RuralCIDADE Mamanguape UF PB CEP 58280-000E-MAIL _____ TELEFONE (73) 98807.8407MARQUE X PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: Declaração do proprietário

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- N° DO RG IDENTÍFICO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- Título do M. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- DECLARAÇÃO DE APROVADO O TÍTULO DO M. INDICANDO A FALTA DE LAUDO (EXCEÇÃO)
- DECLARAÇÃO ASSINADA PELO A VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATURAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZACAO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO *Cartão*

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 VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- NÚMERO DE SEGURO DA VITIMA ENTREGUE PELA AUTORIZACAO DO SEGURO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TÍTULO DO MÉDICO ASSISTENTE (DESPERADO) AS LEIS DE 04/03/2016 NÃO OCOBRAM
- 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 RECEITURÍO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMISSAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE: WWW.MBHDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRATIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04/03/2016CPF 024.984.684-55ASSINATURA Risonaldo da Silva Bonfim

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04/03/2016NOME Fábio Henrique de SouzaASSINATURA Fábio Henrique de Souza

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-063379/2016

Natureza: Invalidadez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: RISONALDO DA SILVA BARBOSA
 Seguradora: M&M SEGURADORA S/A
 CPF da Vítima: 024.984.684-55

Data de Nascimento: 06/12/1974
 Data do Sinistro: 03/10/2015
 Titular da CPF: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Dependência: 2015
Próprio

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Balbúm de ocorrência	07/03/2016	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome:

Telefone: (83) 99938-1223

Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão guardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 07/03/2016

