

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
Vítima: 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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Carta nº 12403054





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



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 Barbosa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.953.594 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 12/04/2016
 CPF 02149841684-55 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO MILITAR
 E RENDA MENSAL DE R\$ QUINQUA (*) 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.

De acordo com 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 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 FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL – operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA – operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOVPAT 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/scaneada, e/ou escritos a 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 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0944-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34.083-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRAPRESCO, 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 REGULARIDADE. 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

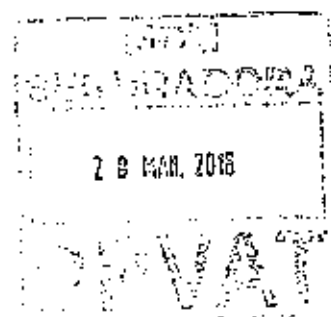
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (vítima), que será pago aos 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 regim 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.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO

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 Barbosa
 PORTADOR(A) DO RG Nº: 1.953.594 EXPEDIDO POR SSDS-1 PB EM 32/04/2016
 CPF: 02.49.846.894-55 / CNPJ: 000000000000000000 PROFISSÃO TRULHÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ QUILHOM 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 a programação 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 apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado. Recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISO DPVAT. Sinistros que não é o número da conta informado para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner, colados, 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 verificação.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº DO BANCO 001Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0944-XNº da CONTA (com dígito, se existir) 34.083-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADDESCO, 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 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.

Maringá, 04 de Março de 2016

LOCAL E DATA

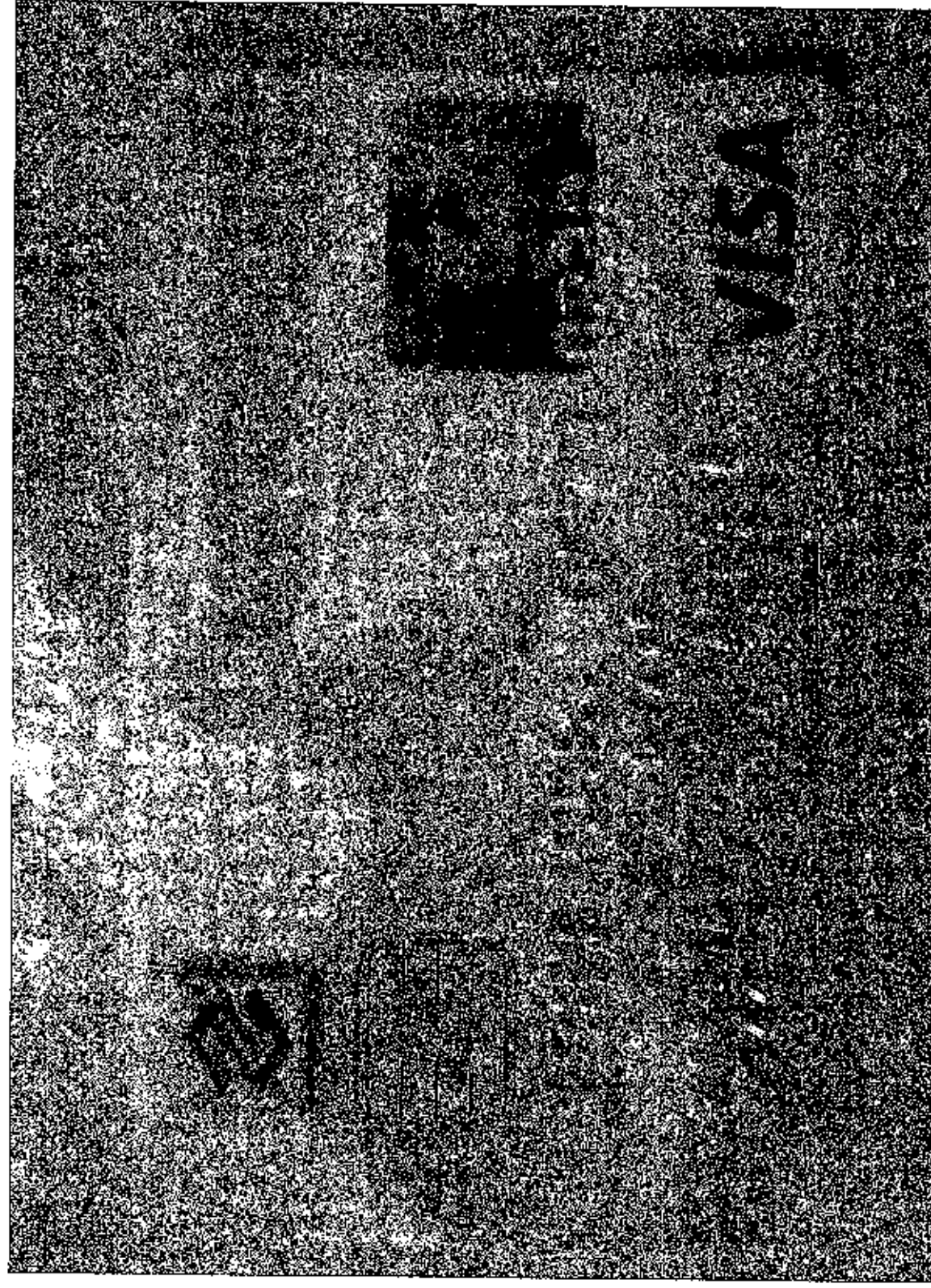
Risonaldo da Silva Barbosa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de até R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente em cada ocasião), 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 acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0212104.



MINI REQUERIDORA	2 2 AGO 2017	REMATIRJ
---------------------	--------------	----------



ASL-08338888/16
KARL-HEINZ BUCHHEIT
22/01/2017 14:38:55

ASL-08338888/16
KARL-HEINZ BUCHHEIT
22/01/2017 14:38:55

ASL-08338888/16
KARL-HEINZ BUCHHEIT
22/01/2017 14:38:55

ASL-08338888/16
KARL-HEINZ BUCHHEIT
22/01/2017 14:38:55

ASL-08338888/16
KARL-HEINZ BUCHHEIT
22/01/2017 14:38:55

ASL-08338888/16
KARL-HEINZ BUCHHEIT
22/01/2017 14:38:55

ASL-08338888/16
KARL-HEINZ BUCHHEIT
22/01/2017 14:38:55

ASL-08338888/16
KARL-HEINZ BUCHHEIT
22/01/2017 14:38:55



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, escrevã(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:

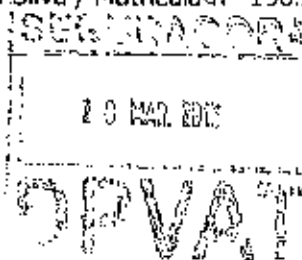
QUE no dia 03/10/2015, na referida hora e local, estava se dirigindo da cidade de Mataraca em direção a sua residência no referido veículo o qual conduzia, quando o mesmo perdeu o controle deste e colidiu num canteiro depois de passar em um radar de controle de velocidade no local e ao colidir no canteiro 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, escrevã(o) que digitei.

Risonaldo da Silva Barbosa
RISONALDO DA SILVA BARBOSA
Comunicante

Frederico Figueiredo Brito da Silva / Matrícula nº 156.567-2





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, 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 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/notificar 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 SANDRÁ 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

RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Comunicante

Frederico Figueiredo Brito da Silva / Matrícula nº 156.567-2

SECRETARIA

20 MAR 2015

OPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação

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 Talagóia 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

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



Documento de Identificação

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 Zalagoo 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

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



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: Stio Zalagoo 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

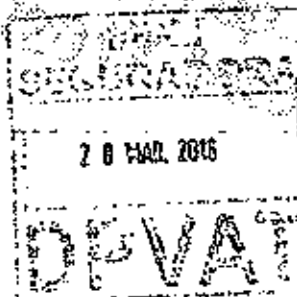
Declaro ainda, estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Risonaldo da Silva Barbosa

Assinatura do declarante
com o documento de identificação

Mamanguape/PB - 04/07/2016

Local e data



Comp. Are Declaratório



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 DA COSTA BARBOSA.

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

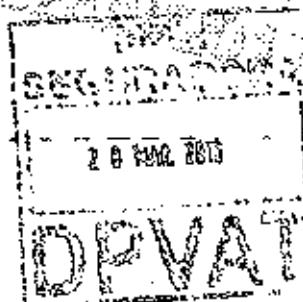
Feito propranolol 40mg vo e diclofenaco 50mg oral e liberado para casa.

CID: M79.6; M54.5

Mamanguape, 29 de Outubro de 2015

Francilino Rodrigues Leite Rangel

Diretor Técnico do HGM



RISONAL DO DA SILVA
SIT ZALAGOA, S/N - AREA RURAL
MAMANGUAPE / PB CEP: 58200000 (AB 14)

Classe/Usuário: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Razão: 18 - 14 - 181 - 3880
Nº medidor: 00000291813
Recepção: Ago/2015
Emissão: 28/08/2015

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R 230, Km 26 - Cód. Postal 58070-100 - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.025.183/0001-40 - Ins. Est. 15015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: F001170.592
Código para o Autoatendimento: 0007110222

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

ISO 9001:2015 0074 8285 8843 8853 8854

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 próxima leitura

99682.5221

28/09/2015

CPF/CNPJ RANI

2439489455

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/07/15	8077	28/08/15	8181	33

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 21/08/2015 PAGAS,
DEBITADAS

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	84	R\$ 37,88	31,83
Adic. B. Variável			4,87
IMPOSTOS E ENCARGOS			
IRB			0,84
COFIA			2,84
CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			8,28
ICMS (Base de Cálculo R\$ 53,44 Alíquota 25,00%)			13,36

Histórico de Consumo
(kWh)

Jul/15	82
Jun/15	82
Mai/15	88
Abr/15	81
Mar/15	73
Fev/15	76
Jan/15	97
Dez/14	74
Nov/14	67
Out/14	65
Sep/14	89
Ago/14	88

Média dos últimos meses
74 kWh

VENCIMENTO

03/09/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 59,70

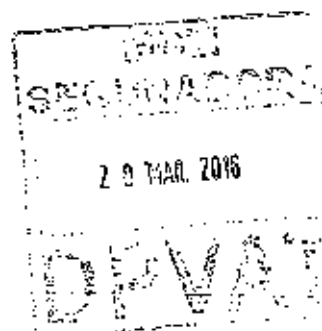
Indicadores de Qualidade 2015-Rio Turb

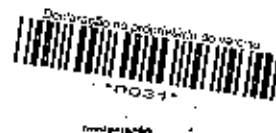
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIAGNÓSTICO	13,20	8,42	NOMINAL 220
DE TRIMESTRAL	25,34		
DE ANUAL	32,88		
DE TRIMESTRAL	8,50	2,00	CONSTATADA
DE TRIMESTRAL	17,09		LIMITE SUPERIOR 231
DE ANUAL	34,18		
DE TRIMESTRAL	1,20	5,17	LIMITE SUPERIOR 231
DE ANUAL	18,80		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	14,42	24,16
Consumo de Energia	17,94	29,88
Serviços de Transmissão	1,77	2,96
Encargos Setoriais	3,22	5,39
Impostos, Contrib. e Encargos	23,20	38,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	60,70	100,00

Valor de referência do custo do Serviço de Distribuição (R\$ 6/2015) R\$ 17,68

ATENÇÃO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosalina Corrado de Melo Barbosa
RG nº 2.213.779, data de expedição 11/05/2010
Órgão SSDPB, portador do CPF nº 989473364-32, 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: 2014
Ano: 2015
Placa: 9FA 89C9/PB
Chassi: 9BD17123LF5969730
Data do Acidente: 03/10/2015
Local e Data: _____

Rosalina Corrado de Melo Barbosa
Assinatura do Declarante

Risonaldo da Silva Barbosa

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



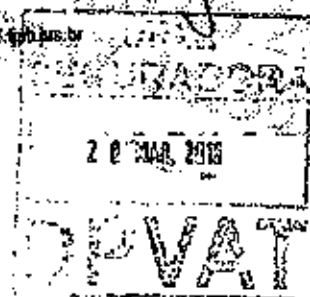
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ROSALINA CORRADO DE MELO BARBOSA
Em testada verdade, Mamanguape - PB 16/11/2015 10:33:34
Teresa Rêbas Lins - Titular
[2015-001611]EML:R1 07,75 FAPEN:R1 0,23 FEPI:R1 1,23
SELO DIGITAL: 46170003-EPRH
Confira a autenticidade em <https://selodigital.ljpb.jus.br>

CARTORIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape, 47 - Ceará



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
RISONALDO DA SILVA BARBOSA
Ora M: Mamanguape - PB - 16/11/2015
Escritório: ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI
Selo Digital: 46170003-EBOF
Acesse o site <https://selodigital.ljpb.jus.br>





Assinatura de Responsável



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DO BOM: 001

DATA: 3/10/15 HORA DO ATENDIMENTO: 14:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

NOME DA MÃE: LUIZA DE JESU BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1974

IDADE: 40 anos

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO:

PROFISSÃO DO PACIENTE:

ENDEREÇO: ALAGOAS

CIVILIDADE: - ALAGOAS

TELEFONE: 8807 8407

DATA DO SUS: 704207548267198

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUBJEATIVO)

Paciente com dor abdominal
entorpecido no membro superior direito
de início há 03 dias.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Propofol 1% 100mg - VO
Dolopon 100mg 100mg - VO

SEGURODOR

28 MAR 2016

DPVA

Paciente/Responsável

Médico Responsável

Assinatura do Médico Responsável
Data: 03/10/15



FORMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O PACIENTE

4/4

DATA: 03/10/2015 14:17

HOSPITAL GERAL DE MARABÁ - PA

PACIENTE: 7341 RSCD ALEJO DA ST A MARABÁ
USUÁRIO: adriane
ATENDIMENTO: 14740
DT ATENDIMENTO: 05/10/15 14:02
DATA NASC: 04/12/1974
IDADE: 40 anos, 9 meses e 22 dias

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO CAMARÃO
TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 0:10:10
RISCO: MODERADO

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

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA: 70 bpm
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA: 120 mmHg
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: 18 rpm
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA: 80 mmHg
HEMOGLICOTESTE (HGT): 0
SATURAÇÃO (SpO2): 98%
COR DA PELE:
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:
TEMPERATURA CORPORAL: 36,5°C
ESCALA DE DOR: 1 - MODERADA
QUEIXO PRINCIPAL: dor no peito
CLASSIFICAÇÃO: RISCO MODERADO

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



Paciente/Responsável

Dr. João de Deus

Núcleo At

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: ☐ AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR

PROCEDIMENTO: ☐ CONSULTA ☐ EXAME

DATA: 28/03/2016

Transtorno

Ansiedade

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA

☐ APLICADA

LOCAL DE ATENDIMENTO

☐ CONSULTA EM CLÍNICA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ INTERNAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO:

☒ ALTA HOSPITALAR

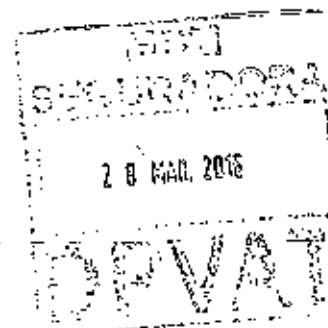
☐ EVADIR-SE

SE O PACIENTE FOR AVALIADO COMO INESTÁVEL, FALAR COM O ENFERMEIRO

DR. Leonardo Bastião Alves
Médico - Clínica Geral
CRM - PS 11745

ASS: ☐ AGENTE / ☐ COMÉRCIO / ☐ OUTRO

OU COLOCAR DIRETAMENTE





Assinatura de Responsável



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DO BOM: 001

DATA: 3/10/15 HORA DO ATENDIMENTO: 14:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

NOME DA MÃE: LUIZA DA COSTA BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1974

IDADE: 40 anos

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO:

PROFISSÃO DO PACIENTE:

ENDEREÇO: ALAGOAS

CIVILIDADE: - ALAGOAS

TELEFONE: 8807 8407

DATA DO SUS: 704207548267198

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUBJEATIVO)

Paciente com dor abdominal
entorpecido no membro superior direito
de início há 03 dias.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Propofol 1% 100mg - VO
Dolopar 500mg 100mg - VO

SEGURODOR

28 MAR 2015

DPVA

Paciente/Responsável

Médico Responsável

Assinatura do Médico Responsável
Data: 3/10/15



FORMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O PACIENTE

4/4

DATA: 03/10/2015 14:17

HOSPITAL GERAL DE MARABÁ - PA

PACIENTE: 7341 RSCD ALEDO DA SILVA MARABÁ
USUÁRIO: adriane
ATENDIMENTO: 14740
DT ATENDIMENTO: 05/10/15 14:02
DATA NASC: 04/12/1974
IDADE: 40 anos, 9 meses e 22 dias

CLASSIFICAÇÃO

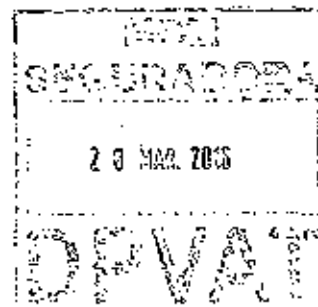
CLASSIFICAÇÃO CAMARÃO
TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 0:10:10
RISCO: MODERADO

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

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA: 70 bpm
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA: 120 mmHg
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: 20 rpm
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA: 80 mmHg
HEMOGLICOTESTE (HGT): 0
SATURAÇÃO (SpO2): 98%
COR DA PELE:
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:
TEMPERATURA CORPORAL: 36,5°C
ESCALA DE DOR: 1 - MODERADA
QUEIXO PRINCIPAL: dor no peito
CLASSIFICAÇÃO: RISCO MODERADO

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



Paciente/Responsável

Dr. Ricardo Mendes

Núcleo At

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: ☐ AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR

PROCEDIMENTO: ☐ CONSULTA ☐ EXAME

DATA: 28/03/2016

Transtorno

de ansiedade

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA

☐ APLICADA

LOCAL DE ATENDIMENTO

☐ CONSULTA EM CLÍNICA

☐ INTERNAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO:

☒ ALTA HOSPITALAR

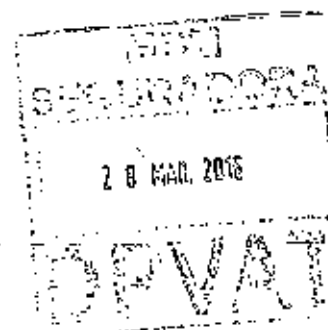
☐ EVADIR-SE

SE O PACIENTE FOR AVALIADO COMO INESTÁVEL, FALAR COM O FARMÁCIO

DR. Leonardo Bastião Alves
Médico - Clínica Geral
CRM - PS 11745

ASS: ☒ AGENTE / ☐ COMÉRCIO / ☐ OUTRO

OU COLOCAR DIRETAMENTE





BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO

NÚMERO DO BOM: 0101 DATA: 3/10/15 HORA DO ATENDIMENTO: 14:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RISONALDO DA SILVA BARBOSA
 NOME DA MÃE: JUIA DA COSTA MATEUS
 DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1974 IDADE: 40 anos SEXO: MASCULINO
 PROFISSÃO:
 ENDEREÇO: ALAGOAS - ALAGOAS
 TELEFONE: 8807 8407 RTAÇÃO DO SUS: 704307548267199

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com queixa de dor abdominal no quadrante superior direito em jejum há 04 dias.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

1. Propofol 1% - 100ml - VO
2. Dilepinto 50mg - 100ml - VO
3. Clonitazepam 1mg - 100ml - VO
4. Clonitazepam 1mg - 100ml - VO
5. Clonitazepam 1mg - 100ml - VO
6. Clonitazepam 1mg - 100ml - VO

SEGURODOR

28 MAR 2015

DPVA

Paciente/Responsável

Médico Atendente

Dr. Paulo Roberto Alves
 CRM - 15.155
 RCP - 15.155



FICHA DE CLASSIFICAÇÃO E EVOLUÇÃO DO PACIENTE

412

Data: 03/10/2015 14:12

HOSPITAL GERAL DE MARANGUAPE - PB

PACIENTE: 32403 DISCRIMINAÇÃO: NAVEGANT
USUÁRIO: 8092015
ATENDIMENTO: 14746
DT ATENDIMENTO: 03/10/15 14:05

IDADE: 40 anos, 03 meses, 28 dias

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO AMARILHA
TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 00:00:00

DATA: 03/10/15 14:12:15
USUÁRIO: MARIA EDFRÂNIA

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA
HEMOGLOBINÓMETRO (HGT)
SATURAÇÃO (SpO2)
COR DA PELE
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
TEMPERATURA CORPORAL
ESCALA DE DOR
QUEIXO PRINCIPAL

MODERADA
Acidente isêmico 100%

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

Paciente Responsável:

Dr. M. S. Oliveira

Médico ACP



GOVERNO
DA PARAIBA

HGM

BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: ☐ AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR

Transtorno

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA

☐ APLICADA

☐ INTERNAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ OUTROS

☒ ALTA HOSPITALAR

EVADIU-SE

DR. Lincoln Basilio Alves
Médico - Clínica Geral
CRM - PR 5145

ASS. DO PACIENTE / COORDENADOR

OUTRO LOCAL DO DIRETO

20 MAR 2015
OPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-004

Risonaldo da Silva Barbosa
ASS. FOTOGRAFIA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CENTRAL 1.953.594 - 2 VIA DATA DE
EXEDIÇÃO 12/04/2010

NOME RISONALDO DA SILVA BARBOSA

FILIAÇÃO FRANCISCO CAMILO BARBOSA
LUIZA DA COSTA BARBOSA

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 06/12/1974

DOG ORIGEM CASAM N.4426 PLS.26EV LIV.AUX13

CPF 024.984.684-55 *Risonaldo*

Ass. Pessoa - PD Ass. do Super V. Caut. *Risonaldo*

ASSINATURA (LEI Nº 7.111/73)

10012

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Nº de Inscrição 024984684-55 Data de Nascimento 06/12/74

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nas casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
RISONALDO DA SILVA BARBOSA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 28/11/97

20 MAR 2010

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

V-02

P-004

Raimundo de Siqueira Barbosa

ASSINATURA IDENTIFICADA

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Nº de inscrição
024984684-55

Data de Nascimento
05/12/74



ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08/20/07 BY 4230C37

201 021593946
UNCLASSIFIED ON 2/28/03
20100914 140632

AS-493
10000-414
22/10/2017

7 8 MAY 1968

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Risonaldo da Silva BarrosDATA DO ACIDENTE 03/30/2015 CPF DA VÍTIMA 024.984.684-55

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio ZalzagaNº 512º COMPLEMENTO BAIRRO Área RuralCIDADE Mamanguape UF PB CEP 58280-000E-MAIL TELEFONE 83 98807.8407

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

Declaração do Proprietário

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ ATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ ATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIOCartão

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DMS

- ☐ CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ ATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ 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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.MEMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555


PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04/03/2016NOME 9.649.096/0001-41ASSINATURA COOPERADORA DE SEGUROS LTDA

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

 Seguradora Líder des
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-053379/2016

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Data de Nascimento: 05/12/1974

Seguradora: MBM SEGURODORA S/A

Dependência: 2015

Data do Sinistro: 03/10/2015

CPF da Vítima: 024.984.684-55

Próprio

Título do CPF: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim 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 na anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

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

MBM-558258

