DOCUMENTO 2 "12%"

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA MENINA DIAS DA SILVA

RG nº 1.418.532, data de expedição 31/07/2012 Órgão SSP/PB

CPF nº 806.405.834-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SÍTIO CANTO ALEGRE
Número	S/Nº
Apto / Complemento	-
Bairro	ÁREA RURAL
Cidade	SALGADO DE SÃO FÉLIX
Estado	PARAÍBA
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	enizaelquiroz@bol.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITABAIANA/PB, 20/02/2017

Assinatura do Declarante: Maria Menina Dias da Silva

RECEBIDO
11 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

MARIA MENINA DIAS DA SILVA
SIT CANTO ALEGRE, S/N - AREA RURAL
SALGADO DE SÃO FELIX / PB CEP 58370000 (AG 113)

energisa

Classe/Subcls RESIDENCIAL / Baixa RENDA/MONOFÁSICO
Roteiro 10 - 115 - 678 - 3830
Nº medidor 00009892160
Referência Fev/2017
Emissão 14/02/2017

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av 230, nº 25 - Cabo Branco - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ 09 095 183/0001-40 Insc Est 16 015 823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 004 769 823
Chave para Débito Automático: 00013139423

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

Conta referente a
Fev / 2017

UC (Unidade Consumidora): **6/1313942-3**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (Lei criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Apresentação
14/02/2017

Data prevista da próxima leitura
17/03/2017

www.pagfacil.com.br

CPF/ CNPJ/ RANI
80840503415
Insc Est.

Anterior

Data	Leitura	
17/01/17	1180	14/0

Faturas em atraso

Descrição	
Consumo até 30kWh-BR	14,58
Consumo - 31 a 100kWh	
Subsídio	
PIS	
COFINS	
CONTRIB.ILUM PUBLICA	1,16
Devolução Subsídio	3,83
	-12,49

VLR DO PAGAMENTO
NR. AUTENTICAÇÃO C.451.178.95E.50C.AE1

VIA DO CLIENTE

PAG FACIL

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/17	35
Dez/16	65
Nov/16	65
Out/16	39
Set/16	59
Ago/16	59
Jul/16	60
Jun/16	59
Mai/16	61
Abr/16	60
Mar/16	60
Fev/16	57

Média dos últimos meses
58

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	23,44	1,0958	0,26
COFINS	23,44	5,0388	1,18

VENCIMENTO
21/02/2017

TOTAL A PAGAR
R$ 14,58

5386.103b.0e0c.624d.a609.a245.3a0b.9808.

Indicadores de Qualidade 12/2016 - Semana

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	6,97	0,28
DIC TRIMESTRAL	13,74	
DIC ANUAL	27,49	
FIC MENSAL	9,55	1,00
FIC TRIMESTRAL	7,10	
FIC ANUAL	14,20	
DMIC	3,97	0,28
DICRI	12,72	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

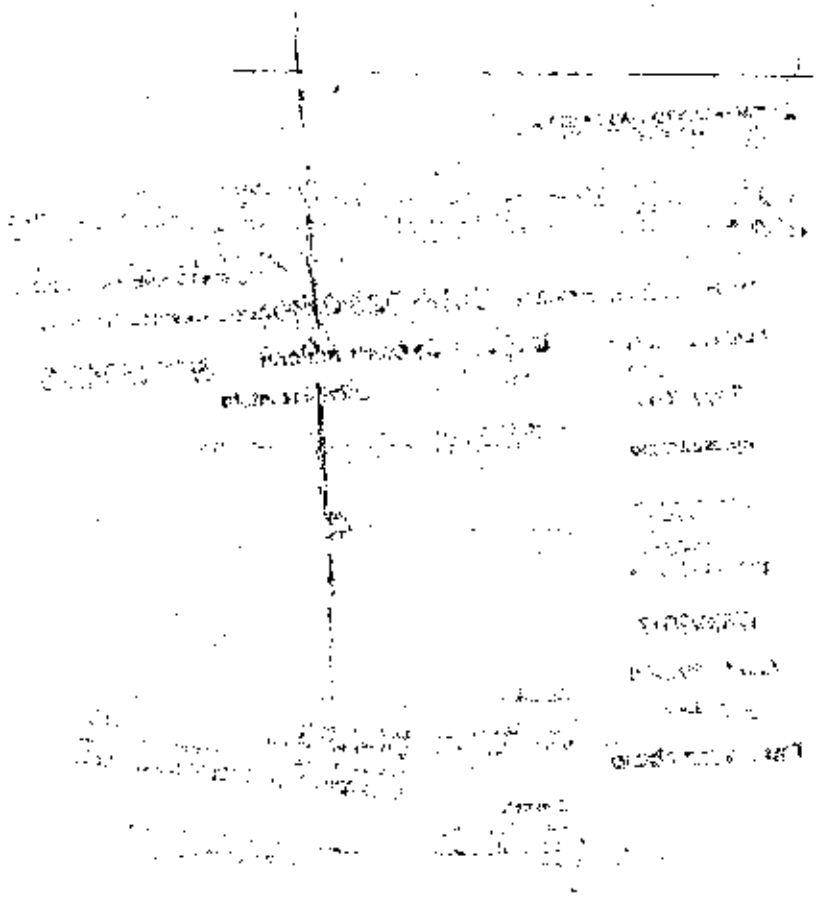
Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist de Energia/PB	3,62	24,83
Compra de Energia	4,73	32,43
Serviços de Transmissão	0,25	1,71
Encargos Setoriais	1,42	9,74
Impostos Diretos e Encargos	5,05	34,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	14,58	100,00

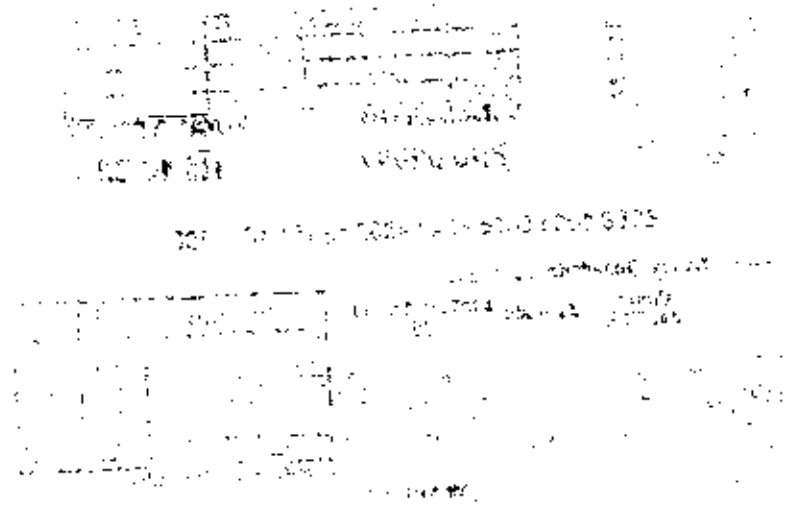
Valor do EUSD (Ref 12/2016) R$ 7,29

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, obtido um desconto de R$12,49

RECEBIDO
11 AGO 2017
GRUPO SEGURADOR
BOMAPFRE





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
AV. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE,S/N
58056-384 JOAO PESSÓA Fone:(83)3214-1980
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 890540 Atd: Nao Regulado
Data: 27/09/2016
Hora: 14:59:10
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DA ARA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: MARIA MENINA DIAS DA SILVA
CNS: 898004116733328 Sexo: F IDENTIDADE: 1418537 Fone: 986387941
Natural: SALGADO DE SAO FELIX/PB Data Nasc.: 07/05/1967 Id: 49 ano(s)
End.: SITIO CANTO ALEGRE II,
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SALGADO DE SAO FELIX UF :PB
Nome: ARTUR DIAS
Mae: MARCIONILA MARIA DIAS
Ocupação:

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.09.002583

DOCUMENTO 4 "T4%"

INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: FILHA-JULIANA DIAS DA SILVA LIMA
Tel/Doc. Responsavel: 986387941 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

RECEBIDO
11 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

Transporte utilizado: DA PREFEITURA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONDE MORA MACHUCOU O PE DIREITO
Vitima de violência por: NAO
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	
FC:	TP:	
Peso:	Altura:	
Glicemia:	IMC:	
Perc. Abd:	O2%:	

Queixa Principal
TRAUMA EM MID

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
[ ] Hemorragia	[ ] Dispneia
[ ] Diarreia	[ ] Agitado
[ ] Regular	[ ] Chocado
[ ] Vomito	

Observacao:

Cristina Gomes de Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 942578

Anamnese - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
[illegible]

Diagnostico: [illegible] Conduta [illegible]
[illegible]

Medicacao: Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI

[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:	27.09.16
Paciente:	Maria Helena Dos Santos		
Origem:	Hospital Regional de Itabaiana		
Solicitante:	Ivan Júlio de Carlos	Clínica:	Ortopedia

Motivos do Encaminhamento

Dor e edema em MMD.

Pacs — = fratura de osso do MMD

Solicito avaliação — Traumatologia

RECEBIDO
11 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Medicação administrada

Enfermaria — JM

Ivan Júlio de Carlos
CRM-PB 5754
CNS [illegible]

Encaminhamento para: Ortopedia

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Maria Menina Dias da Silva				**Registro:**	
Idade: 49a.	**Sexo:** FEM	**Cor:**	**Clínica:**	**EMP:**	**LR:**
Data: 03/20/06	**Cirurgião:** Dr. Andre Ribeiro			**1º Assistente:** Dr. Jocemir.	
2º Assistente: Jacyara		**3º Assistente:**		**Instrumentador:**	
Anestesista: Dr Ribério.		**Tipo Anestesia:** Raquianestesia		**Horário:** I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Prolapso Genitalecdas Parcial Grau	SB2.6.

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O MESMO.	SB2.6

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Pós cirúrgico Genitalecdas Parcial Grau.	

RECEBIDO
11 ABR 2007
GRUPO SEGURADOR
ROMAPERT

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (X) Não

Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não

Descreva:

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (X) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Pc + em DDH, sob raquianestesia.
2. Assepsia e antissepsia do MID isquemia c/ esmo
3. Aposição de campos estéreis.
4. Incisão lateral no 1/3 inferior da perna

Incisão:

DIR, p/ acesso ao maléolo lateral.

5. Realizado desbridamento do foco de fratura.
6. Redução direta e fixação c/ 03 parafuso

Achados:

cortical interfragmentar + placa externa 1/3 tubular de 07 furos + 06 parafusos corticais, controle c/ radioscopia.

7. Realizada via de acesso ao maléolo

Conduta:

medial, redução + fixação com 02 parafusos maleolares nº 40, sob controle de radioscopia.

8. Sutura por planos.
9. Radiografia de controle.
10. Retirada de garrote.
11. Tala bota UID.

Fechamento:

OBS:

Dr. Joaquim Paulino
ORTOPEDIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM PB 4978 | RQE 3161

Data: 03/20 116.

MÉDICO/CRM

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 27/03/15

Nome: Maria Maria dos [illegible]

Prontuário: ______ **Idade:** ______ **Enfermaria:** ______ **Leito:** ______

Nome da Mãe: ______

Endereço: ______ **Bairro:** ______

Cidade: ______ **Estado:** ______ **Fone:** ______ **Profissão:** ______

Sexo: F ( ) M ( ) **Cor:** ______ **Estado Civil:** ______ **Religião:** ______

Escolaridade: ______ **Data de Nascimento** __/__/__

QPD: Dor no [illegible] MID. Após o acidente de moto

HDA: Paciente vítima de [illegible] queixando-se de dor e edema em MID

Medicações em uso: ______

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ____ Kg em ______ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: ______

Pele: ______

Cabeça e Pescoço: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: ______ Visão: ______

AR e ACV: [ ]Dor ______ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema ______ Outros: ______

ABD: [ ]Dor ______ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: ______

SME: [ ]Dor ______ [ ]Rigidez pós-repouso [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade ______ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa _____ [ ]HTE

[ ]Trauma _____ [ ]Neo _____ [ ]Tabagismo _____

[ ]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(ºC)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: [illegible]

Hipóteses Diagnósticas: [illegible]

Dr. Hermes Filho Carvalho
CRM 1564
Medicina - Ginecologia - Obstetrícia

27 SET. 2015

Conduta: [illegible]

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
17/10/16		13:00	
31/10/16		12:00	
05/12/16		11:00	
09/01/17		13:00	

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

SAÚDE

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Francisco Menino Dias da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 03/10/16

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: —

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Andre Ribeiro

DIAGNÓSTICO: Fr. D. Dorsal

PROCEDIMENTO: Osteossíntese

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

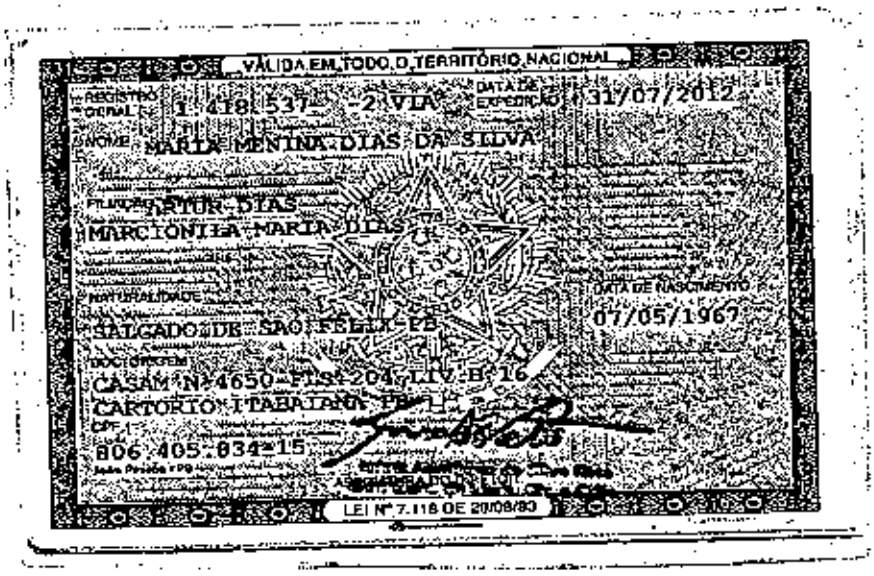
Andre Ribeiro

RECEBIDO

11/03/2017

GRUPO SEGURADOR BBVA AFFRE

DOCUMENTOS "T5%"



RECEBIDO

11 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN PB — Nº 013026863474
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA | COD RENAVAM: 201608000015651 | EXERCÍCIO: 2016
00838987702 | 00/00000000 | 2016

NOME: MARIA MENINA DIAS DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ: 80640583415 | PLACA: MNY4689/PB

PLACA ANT / UF: NOVO / PB | CHASSI: 9C2KC08105R005071

ESPÉCIE / TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS | ANO FAB.: 2004 | ANO MOD.: 2005

CAP / POT / CIL: 2 P/ 149 / CI | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA — COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM | VENC. COTA ÚNICA: 29/12/2016 | VENC / COTAS: 1ª / 2ª / 3ª
FAIXA IPVA: ******* | PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ******* | IOF (R$): | PRÊMIO TOTAL (R$): SEGURO PAGO | DATA DE PAGAMENTO: 29/12/2016

OBSERVAÇÕES: REST.I.BEN.TRIBUTÁRIO

SALGADO DE SÃO FELIX PB-P | DATA: 29/12/2016

40886 | 16055

DETRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 013026863474 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA MENINA DIAS DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
80640583415 seguradoralider.com MNY4689/PB
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 | 29/12/2016

VIA | MARIA MENINA DIAS DE OLIVEIRA | PLACA

RENAVAM | MARCA / MODELO

ANO FAB. | CPF / CNPJ: 80640583415 | Nº CHASSI: MNY4689/PB

00838987702 | RENDA TAG ÁPIO TITAN KS

PNS (R$): 2004 | DENATRAN (R$): 9C2KC08105R005071 | CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$): | IOF (R$): | TOTAL PAGO PELO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO: SEGURO PAGO | DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA | PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

16055-085358-2016229

DOCUMENTO 6 *16%*

ARQUIVADO

11 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO – (SEGURO DPVAT)

◆ O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

◆ ESTÃO CORRETOS TODOS OS CIDADÃOS EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

◆ SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

◆ SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REÚNA A DOCUMENTAÇÃO ABAIXO INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-SE EM www.seguradoradelider.com.br) SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204

◆ VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R$ 13.500,00	até R$ 13.500,00	até R$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DOS(S) BENEFICIÁRIO(S) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) (VÍNCULO COM O FALECIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA CONSTANTE DO ANEXO DA LEI 6.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS – DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM DECORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E, AINDA, DE EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FOREM COBRADOS DIRETAMENTE: PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

◆ PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO À RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

◆ IMPORTANTE:

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 16 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

◆ PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

◆ A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

DOCUMENTAÇÕES ADICIONAIS

◆ O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

◆ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

◆ O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA. CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

◆ O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 844/1998).

◆ 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

- 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 57 DA LEI 9.503/1997);

- 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

Representante Líder - DPVAT

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.seguradoradelider.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCAIS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E DEMAIS DÚVIDAS.

SUSEP

DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO, RESSEGUROS E CORRETORES DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170209085 **Cidade:** Salgado de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARIA MENINA DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2016 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: fratura bimaleolar do tornozelo direito

Descrição do exame médico pericial: defict funcional medio em tornozelo direito

Resultados terapêuticos: queixas de edema perimaleolar e rigidez articular do tornozelo. foi operada ha 7 meses e já não mais faz acompanhamento médico, leve rigidez articular em tornozelo direito com limitaçao da flexo extensao

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/05/2017

Conduta mantida:

Observações: OBS - NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

CONEXÃO COMERCIAL **MAPFRE**
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo
(●) Processo Novo ( ) Documentos Complementares

Atendente
JULIO MANOEL BARBOSA DE MOURA

Tipo de Sinistro
Invalidez Permanente/Total

Agência
SUCURSAL JOÃO PESSOA

Nome do Requerente
MARIA MENINA DIAS DA SILVA

Nome da Vítima
MARIA MENINA DIAS DA SILVA

CPF da Vítima
80640583415

Documentos Complementares

- [x] Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- [x] CPF da Vítima
- [x] DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- [x] Boletim de Ocorrência Policial
- [ ] Identidade / CPF do Procurador
- [ ] Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- [ ] CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- [ ] Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- [x] Comprovante de Residência do Requerente
- [ ] Comprovante de Residência do Procurador

Morte
- [ ] Certidão de Óbito **(Cópia autenticada)**
- [ ] Laudo do Exame Cadavérico
ESPOSO(A)
(Cópia autenticada)
- [ ] Certidão de Casamento Atualizada
(Cópia autenticada)
- [x] Autorização de Pagamento
- [ ] Prova de Companheirismo junto ao INSS
- [ ] Declaração de Dependentes na Rec.Fed.
- [ ] Prova de Dependência na CTPS
- [ ] Certidão de Nascimento ou Casamento
- [ ] Declaração de Únicos Herdeiros
- [ ] Certidão de Nascimento
- [ ] Certidão de Óbito dos Genitores
- [ ] Alvará Judicial

Invalidez Permanente
- [ ] Laudo do IML com Alta Definitiva
Cópia autenticada

Outros Doctos. Entregues e Observações

email: mizaelqueiroz@bol.com.br - tel.: 83 993094540 - sr. Mizael

DAMS
- [x] Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar
- [x] Relatório Médico
- [x] Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)
- [ ] Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)
- [ ] Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros

0118525

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até acomplementação do processo

Documentos Básicos:
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:
- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

RECEBIDO
11 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
MAPFRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170209085 **Cidade:** Salgado de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARIA MENINA DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2016 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de ossos do membro inferior direito submetido a tratamento cirúrgico de redução e fixação

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta n°: 10847473

A/C: MARIA MENINA DIAS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170209085 ASL-0143393/17**
Vitima:	**MARIA MENINA DIAS DA SILVA**
Data Acidente:	**27/09/2016**
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 MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta n°: 10847473

A/C: MARIA MENINA DIAS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170209085 ASL-0143393/17**
Vitima:	**MARIA MENINA DIAS DA SILVA**
Data Acidente:	**27/09/2016**
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 MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2017

Carta n°: 10875005

A/C: MARIA MENINA DIAS DA SILVA

Sinistro:	**3170209085 ASL-0143393/17**
Vítima:	**MARIA MENINA DIAS DA SILVA**
Data Acidente:	**27/09/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta n°: 10982808

A/C: MARIA MENINA DIAS DA SILVA

Sinistro:	**3170209085 ASL-0143393/17**
Vitima:	**MARIA MENINA DIAS DA SILVA**
Data Acidente:	**27/09/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA MENINA DIAS DA SILVA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **001**
Agência: **000002563-1**
Conta: **000010005558-3**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.687,50**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R$	**1.687,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3170209085 - 1***

Nome do(a) Examinado(a): ***MARIA MENINA DIAS DA SILVA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***SITIO CANTO ALEGRE nº SN - AREA RURAL - SALGADO DE SAO FELIX/PB***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 1418537-2 - SSP***

Data local do exame: ***02/05/2017 CAMPINA GRANDE/PB***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame fisico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnôstico(s)

fratura bimaleolar do tornozelo direito

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sito provocada em acidente automobilistico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

[X] SIM [ ] NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

[X] SIM [ ] NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

queixas de edema perimaleolar e rigidez articular do tornozelo. foi operada ha 7 meses e já não mais faz acompanhamento médico, leve rigidez articular em tornozelo direito com limitaçao da flexo extensao

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

defict funcional medio em tornozelo direito

IV. Segundo o previsto no inciso II, ¤1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometico.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ médica deve ser repetida em dias

[ ] Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

[ ] Sem sequela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO DIREITO

[ ] 10% [ ] 25% [X] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquaramento no campo das observações(*).

[ ] Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 02/05/2017

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB

Dr. Bruno Brilhante
Cirurgia de joelho e ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492

Assinatura do perito Examinador - CRM

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro 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 esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA MENINA DIAS DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 1418537 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 31/07/2012 E
CPF 806405834-15 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO AGRICULTORA
E RENDA MENSAL DE R$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA MENINA DIAS DA SILVA, 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.

DOCUMENTO 1 *T1%*

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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

RECEBIDO
11 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
BRASAPFRE

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO ___ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2563-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5.558-1

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.

ITABAIANA/PB 20 de FEVEREIRO de 2017 — LOCAL E DATA

x Maria Menina Dias da Silva — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

15/02/2017 - BANCO DO BRASIL - 11:16:22
256313607 0047

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARIA MENINA DIAS SILVA
AGENCIA: 2553-1 CONTA: 5.558-1 VAR:51

DATA	15/02/2017
NR. DOCUMENTO	25.631.360.700.847
VALOR DINHEIRO	100,00
VALOR TOTAL	100,00

NR.AUTENTICACAO F.833.D6C.132.8E4.C05

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

RECEBIDO
11 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
BRASAPFRE

Secretaria de Segurança e de Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
9ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegácia de Salgado de São Félix

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 033/2017

CERTIFICO, em razão do meu oficio e a requerimento verbal de pessoa interessada, que, revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2017, encontramos a ocorrência de nº 033/2017, que passamos a transcrever na integra: Aos nove dias do mês de março do ano de 2017, nesta cidade de Salgado de São Félix, Estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente Drª. Renata Maria Costa Patu, Delegada de Polícia Civil, aí, por volta das 09h50min, compareceu **MARIA MENINA DIAS DA SILVA,** brasileira, casada, natural de Salgado de São Félix/PB, com 49 anos de idade, nascida aos 07.05.1967, ensino fundamental incompleto, filha de Artur Dias e Marcionila Maria Dias, Agricultora, RG: 1.418.537 – 2ª VIA SSP/PB, CPF: 806.405.834-15, residente no distrito de Canto Alegre II, zona rural de Salgado de São Felix/PB, a qual passou a **NOTICIAR**:

Que, no dia vinte e sete de setembro de dois mil e dezesseis (27.09.2016), por volta das 10h00min, seguia como carona em uma moto HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO/MODELO 2004/2005, DE COR VERMELHA, PLACA MNY-4689/PB, CHASSI 9C2KC08105R005071, de sua propriedade, conduzida por seu esposo JOSÉ BARBOSA DA SILVA, este não habilitado, e afirma que ao passar nas imediações do Sitio Cajazeiras, a motocicleta veio a derrapar em uma curva, fazendo com que a noticiante caísse do bagageiro da referida moto; Que, em virtude da queda, a noticiante veio a sofrer FRATURA DE TORNOZELO DIREITO, *sendo socorrida inicialmente para o Hospital Regional de* Itabaiana/PB, sendo em seguida encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB, onde foi submetida a procedimento cirúrgico.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente a declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Salgado de São Félix/PB, aos nove dias do mês de março de 2017, eu, Policial que digitei, assino.

Maria Menina Dias da Silva
MARIA MENINA DIAS DA SILVA
Noticiante

JOÃO CARLOS COUTO FERRAZ DE CASTRO
Comissário de Polícia
Mat. 168.562-7

RECEBIDO
11 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

REGINA COELI
Serviço Notarial e Registral
CARTÓRIO DO 1º OFICIO DE ITABAIANA
Avenida José Silveira, 70 - Centro - Fone: (83) 3281-1...
Regina Coeli Rodrigues da Silva - Titular

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Itabaiana-PB 10/03/2017 09:08:17
Regina Coeli Rodrigues da Silva - Titular
[2017-000370] EMOL:R$ 2,31 FAMPEN:R$ 0,27 FETJ:R$ 0,96
SELO DIGITAL: AE533776-3LSA
Confira a autenticidade em http://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DO 1º OFICIO
Regina Coeli Rodrigues da Silva
TABELIÃ PÚBLICA
ITABAIANA-PB

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA MENINA DIAS DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 1.418.937 e inscrito no CPF/MF sob o nº 806.405.834-15, residente e domiciliado na SÍTIO CANTO ALEGRE - ÁREA RURAL, Cidade SÃO FRANCISCO DE S. FELIX Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) 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.

DOCUMENTO 3 *T3%*

Maria Menina Dias da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RECEBIDO
11 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

ITABAIANA/PB, 20/02/2018

Local e data

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

DOCUMENTO 2 *T2%*

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 1883/2016

Atendendo solicitação de MARIA MENINA DIAS DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 890540 e Prontuário Nº 2016092583 pertencente a **MESMA** que foi atendido dia 27/09/2016 ás 14H59min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/10/2016 com alta médica dia 05/10/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de novembro de 2016

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3137

RECEBIDO
11 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA MENINA DIAS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02563-1

CONTA: 000010005558-3

Nr. da Autenticação 65586897DEF56011