



Número: **0801981-16.2019.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO DE FREITAS PEREIRA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31243 165	03/06/2020 14:27	<u>2724186_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

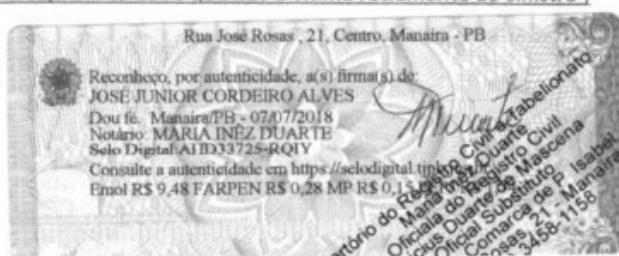
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Júnior cordeiro Alves,
RG nº 384 9911, data de expedição 23/04/2018
Órgão SOS / PE, portador do CPF nº 118 832 584-60, com
domicílio na cidade de Manaira, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. José Rosa centro, nº 278,
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 JOÃO DE FILIPITAS PEREIRA, cujo o condutor era
JOSÉ JÚNIOR CORDEIRO ALVES.

Veículo: Moto
Modelo: FAN 150
Ano: 2013
Placa: P6M 3363
Chassi: 9C2KE1670DRO24922
Data do Acidente: 21/01/2018
Local e Data: MANAIRA, 07/07/2018

José Júnior cordeiro Alves
Assinatura do Declarante

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





CERTIDÃO

Nº. 0671/2018

Atendendo solicitação de **JOAO DE FREITAS PEREIRA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106794, é Prontuário de Nº 2018.02.004067 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/02/2018 às 09H36min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/03/2018 com alta médica dia 09/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de maio de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PF: MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 106794 Atd: Nao Regula
CÓDIGO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 28/02/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 09:36:45
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Repcionista: NARJARA DOS SANTOS AI
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

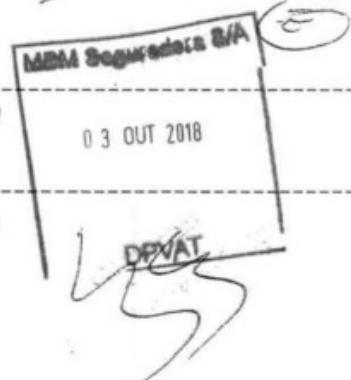
DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: JOAO DE FREITAS PEREIRA Num. Prontuario: 2018.02.004067
CNS: 707408051806571 Sexo: M IDENTIDADE: 3320988 Fone: 998532402
Natural: CURRAL VELHO/PB Data Nasc.: 05/02/1983 Id: 35 ano(s)
End.: SITIO DO CRUZEIRO,0ZONA RURAL
Bairro: CENTRO Cidade: PRINCESA ISABEL UF :PB
Mae: CARLINDA JUSTINO DA SILVA Pai: JOAO DE FREITAS PEREIRA
Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: AGRICULTOR
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: SUBRINO/ JOAO
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM AS 06/
Vitima de violência por: PROX. DE CASA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao
TR: A NO PE

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico: Epilepsia maléfica boral Conduta
Prescrição: Ointamento vaginal Horário da medicacão



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

{ ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

{ ----- | Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

L. João Batista Pontes

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José de Freitas Ferreira Data da Admissão: 28/07/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/1990
QPD: fora de rotina funcional em tempo de
HDA: após entrar na casa de sua
início de sua rotina
Medicações em uso: (V)
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudores []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 _____
Data: 03 OUT 2018

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DPVAT

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____
[]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(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *O fato fui de moleúdo letal (E)*Conduta: *O intérrogio fui procedente**Grau por**MIM Segurança Pública**03 OUT 2018**DPVAT*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Zeze de Freitas</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>8/3/11</i>	Cirurgião: <i>Enio Luiz de Freitas</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fract. toracogástrica</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>Fix. e cirurgia de mama</i>					
<i>Flexo</i>					
CÓDIGO					
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					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pete nos anteriores.

Atmofra & campo

Incisão:

Incisão lat.

Real. fract.

Achados:

Fox clivida e frang.
junto

Guilherme & cunectio

Conduta:

A
CRM-1127
Orthopedia Traumatologia
Dr. Suelio Moreira Torres
Suelio Moreira Torres
CRM-1127
A
CPF 202.009.674-34

Fechamento:**OBS:**

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:27:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314274466500000029978611>
Número do documento: 20060314274466500000029978611

Num. 31243165 - Pág. 8



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

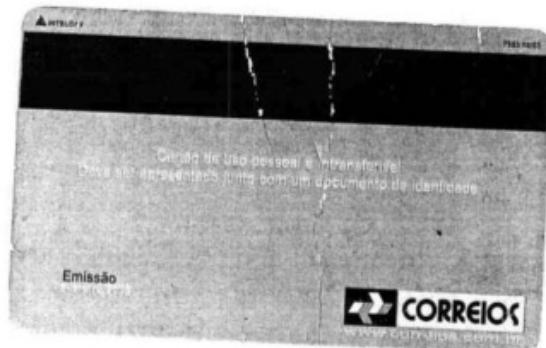
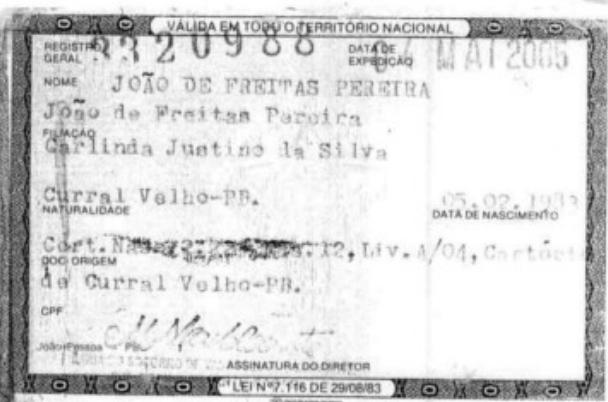
Governador Tarciso Boury

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: <i>Bruno de Fátilas Pereira</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: <i>38</i>	SEXO: <i>MASC</i>	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: <i>23/10/2018</i>		DATA DE ALTA:		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Hérnia expandida de côlon D</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Hérnia expandida de côlon D em local distal</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: <i>Nenhum exame físico.</i>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Ressecção cirúrgica.</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATHOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLÓGIA:					
CONDICÕES DE ALTA:	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
<i>Paciente submetido a procedimento cirúrgico em 23/10/2018. Sobreveio dor peritoneal intensa com perda de sensibilidade abdominal.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					<i>CRM Seguradora S/A</i>
REPÓUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.				03 OUT 2018
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Cefalexina + Metoclopramida</i> <i>DPMAT</i>					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <i>Dra. Orlando</i> em 30 dias para revisão.				
DATA: <i>09/10/2018</i>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



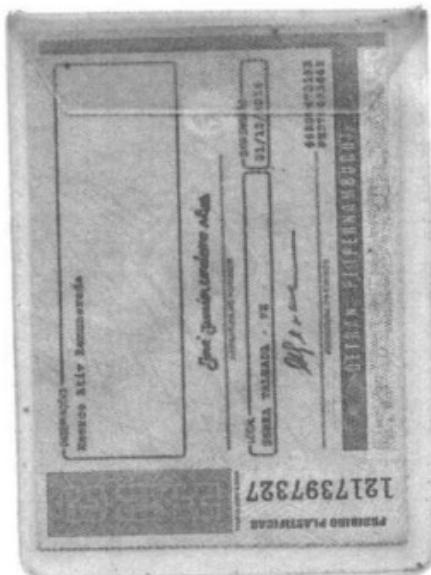




MME Seguradora S/A
03 OUT 2018

DPVAT





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:27:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314274466500000029978611>
Número do documento: 20060314274466500000029978611

Num. 31243165 - Pág. 13

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
 DATA DO ACIDENTE _____ PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____ Bairro _____ CEP _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ UF _____ TELEFONE () _____
 CIDADE _____ E-MAIL _____

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA É LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O 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 RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 QUIEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA É LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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, TAIIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)

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 1.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURODA LIDEP DPVAT
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 QUIEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____
 DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
 DATA _____
 MATR. CORREIOS _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463276 **Cidade:** Manáira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE FREITAS PEREIRA **Data do acidente:** 27/02/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463276 **Cidade:** Manáira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE FREITAS PEREIRA **Data do acidente:** 27/02/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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





Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Nº Sinistro: 3180463276
Vitima: JOAO DE FREITAS PEREIRA
Data do Acidente: 27/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180463276**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.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 13440618



Pag. 00549/00550 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:27:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314274466500000029978611>
Número do documento: 20060314274466500000029978611

Num. 31243165 - Pág. 17

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO DE FREITAS PEREIRA
Nº Sinistro: 3180463276
Vitima: JOAO DE FREITAS PEREIRA
Data do Acidente: 27/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

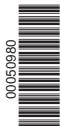
Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180463276**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

Pag. 0159/01960 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **MBM SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Carta nº 13440619

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180463276

Vítima: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 27/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO DE FREITAS PEREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00839/00840 - carta_03 - INVALIDEZ



00050420

Carta nº 13741470



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:27:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314274466500000029978611>
Número do documento: 20060314274466500000029978611

Num. 31243165 - Pág. 19



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180463276 Vítima: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 27/02/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO DE FREITAS PEREIRA

Informações gerais e pagamento da inden

abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Grau 3 - Fálico 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalides Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000186189-8

Tipo: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	058.236.144-26	JOÃO DE FREITAS PEREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOÃO DE FREITAS PEREIRA	CPF titular da conta	05823644426	Profissão	PENSO
Endereço	Sítio Umbuzeiro	Número	SN	Complemento	CASA
Bairro	Ribeirão	Cidade	MANAIRÁ	Estado	PB
Email		CEP	58995000	Telefone (DDD)	87 988668988

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTAS NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTAS NRO.
00 43	D/V	186 189	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. D/V CONTAS NRO. D/V			
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			

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

MANAIRÁ-PB, 02 de AGOSTO de 2018

Local e Data

MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

JOÃO DE FREITAS PEREIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante

DPVAT

FAPPF.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MANAÍRA – PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório policial o livro de Registro de ocorrência nº 001/2016 nele encontre o Registro nº 064/2018, Cujo Teor passo agora a transcrever na entrega: AOS 03 DIAS DO MÊS DE Julho DO ANO DE 2018 NESTA CIDADE DE MANAIRA ESTADO DA PARAIBA E NA (O) DELEGACIA DE Polícia Civil Local, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL Gutenberg José da Costa Marques Cabral, COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLICIA DO SEU CARGO, NO FINAL ASSINADO (A), E DECLARADO (A), AI, POR VOLTA DAS 09: h 00min COMPARCEU **JOÃO DE FREITAS PEREIRA**, COM 35 ANOS DE IDADE: NACIONALIDADE: Brasileira; NATURAL DE Curral Velho U.F PB FILIAÇÃO João de Freitas Pereira, e de Carlinda Justino da Silva, ESTADO CIVIL: Solteiro ESCOLARIDADE: Alfabetizado, PROFISSÃO/OCUPAÇÃO Agricultor, DOC. DE IDENTIDADE: 3320988 ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/PB DATA DE EXPEDIÇÃO: 04/05/2005 CPF: 058.236.14426, Residente: No Sítio Umbuzeiro Bairro Zona Rural, Cidade: Manaira UF PB COM ENDEREÇO PROFISSIONAL: E FEZ O SEGUINTE REGISTRO: O qual fez a seguinte Ocorrência, Que no dia 27/02/2018, por volta das 18: h 00min foi vítima de um acidente automobilístico quando trafegava na Garupa de uma Moto Honda/CB 150 FAN ESI, COR VERMELHA, CHASSI DE Nº 9C2KC1670DR014912, PLACA PGH3363/PE, ano e modelo 2013, a referida Moto acima citada encontrasse em nome do senhor José Junior Cordeiro Alves, o declarante afirmou aqui nesta delegacia de policia civil local, que o acidente aconteceu quando a moto derrapou em um poço de lama, e o condutor não conseguiu controlar a referida Moto e o declarante acabou caindo e sofrendo varias lesões, depois foi socorrido por populares que passava pelo o local do acidente para o Complexo Hospitalar Governador Tarcisio Burity, que fica localizado no Bairro de Mangabeira em João Pessoa/PB, a onde o declarante foi atendido, e nada mas disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA

RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL referente ao registro de ocorrência supra que deu origem a presente certidão (Art.229 do CPB) falsidade ideológica – pena de reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos

Obs. Esse documento não substitui o original, é valido somente para obtenção de segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

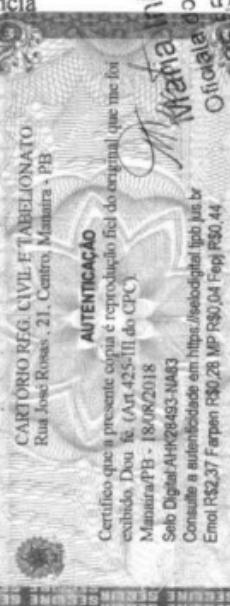
Governo Robério Laurentino
Escrivão de Policia
AT-HDC
MAT.: 182.148-8

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PB

Declarante



Manaira-PB Em 03 de Julho 2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>JOÃO DE FREITAS DE FREITAS</i>	CPF da Vítima <i>058.234.144-26</i>	Data do Acidente <i>27/02/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Manaus - PB, 02 de AGOSTO de 2018
Local e Data



X João de Freitas De Freitas
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO

Nº. 0671/2018

Atendendo solicitação de **JOAO DE FREITAS PEREIRA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106794, é Prontuário de Nº 2018.02.004067 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/02/2018 às 09H36min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/03/2018 com alta médica dia 09/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de maio de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DE FREITAS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000186189-8

Nr. da Autenticação 86BB27B0BA690F5C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:27:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314274466500000029978611>
Número do documento: 20060314274466500000029978611

Num. 31243165 - Pág. 25

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO DE FREITAS PEREIRA,

RG nº 3320.988, data de expedição 04/05/2006 Órgão SSP/PB,

CPF nº 058.236.144-26, 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)	SITIO UNBUZEIRO
Número	S/N
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	MANAIKA
Estado	PARAIBA
CEP	58.995-000
Telefone de Contato	(87)98866-8988 - (87)99970-9666
E-mail	ALERSONGOMES@BOL.COM.BR

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MANAIKA - PB, 02/07/2018

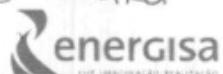
Assinatura do Declarante: X/João de Freitas Pereira



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 017.565.212

JOÃO DE FREITAS PERGIRA 058236444-26



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EDMILSA BALBINO FURTADO
SIT UMBUZERO S/N
MANAIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1267741-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2018	21/12/2018	88	02/01/2019	R\$ 74,76

Acesse: www.energisa.com.br



DETALQUE AQUI EDMILSA BALBINO FURTADO

Roteiro: 14-169-473-3625
83690000000-8 74760054000-5 12677412018-5 12000169019-3

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
02/01/2019	R\$ 74,76	1267741-2018-12-0



MBM Seguradora S/A

01 FEVEREIRO 2018

DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:27:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314274466500000029978611>
Número do documento: 20060314274466500000029978611

Num. 31243165 - Pág. 27

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO DE FREITAS PEREIRA,

RG nº 3320988, data de expedição 04/05/2006, Órgão SSP/PB,

CPF nº 058.236.444-26, 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)	<u>SÍTIO UMSUZZIRO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MANAIKA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(087) 98866-8988 / 99970-9666</u>
E-mail	<u>ALECKSONGOMES@bol.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MANAIKA-PB, 07/01/2019

Assinatura do Declarante:

X-José de Suelio Moreira





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ALEXSON LEANDRO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.678.274 / 13, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO DE FREITAS PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.236.144 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOÃO DE FREITAS PEREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.236.144 / 24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento	
<u>RUA ABACAXI NO MAGALHÃES</u>	<u>30</u>	<u>APTO, 2º ANDAR</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE</u>	<u>PR</u>	<u>56.835 -006</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>ALEXSON.GOMES@BOL.COM.BR</u>			<u>(67) 98866-8988</u>

SANTA CRUZ B.V., 30 de 16 OUTUBRO de 2018
Local e Data

J. Leite
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017

