



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
31243165	03/06/2020 14:27	<a href="#">2724186_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Junior Cordeiro Alves,  
RG nº 384 9911, data de expedição 23/04/2018  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 118 831 584-60, com  
domicílio na cidade de Manaira, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R: Jose 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 FREITAS PEREIRA, cujo o condutor era  
JOSE JUNIOR CORDEIRO ALVES.

Veículo: Moto  
Modelo: FAN 150  
Ano: 2013  
Placa: PGH 3363  
Chassi: 9C2KE1670 DRO 24922  
Data do Acidente: 27/02/2018  
Local e Data: Manaira, 07/07/2018

Jose Junior 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 Burty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106794, e Prontuário de Nº 2018.02.004067 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/02/2018 às 09H36min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

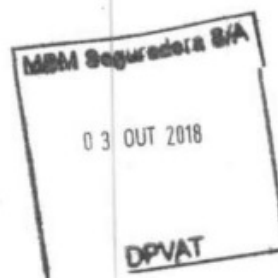
Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/03/2018 com alta médica dia 09/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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 - URA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 106794

Atd: Nao Regular

CO - 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

Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL

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, OZONA 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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João de Freitas Data da Admissão: 28/02/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
QPD: por limitação funcional em tempo  
HDA: após entrar já com  
uma lesão funcional  
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 [ ] Solução [ ] 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-reposo [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos  
SN e PSQ: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor

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: \_\_\_\_\_  
[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF  
[ ] 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: *Fratura de molaço lateral*

Conduta: *Intervenção por procedimento*  
*6 meses*

MBM Seguradora S/A  
03 OUT 2018

DPVAT

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



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Sora de Freitas</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>8/3/18</i>	Cirurgião: <i>Orlando Freitas</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fract. torço gela t</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>fix. e/ placa e parafusos</i>					
<i>para</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 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.







*Unijus de 8/03*



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <i>Walter de Freitas Pereira</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <i>38 a.</i>	SEXO: <i>masculino</i>	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: <i>08/02/2018</i>		DATA DE ALTA:		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Infecção aguda de cédio D</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Infecção aguda de cédio D em fase distal</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
<i>Exame físico</i>					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
<i>Tratamento cirúrgico</i>					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA	<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES)
<i>Paciente submetido a procedimento cirúrgico com</i>	
<i>tratamento cirúrgico. Segue após alta hospitalar</i>	
<i>com acompanhamento ambulatorial.</i>	

DIETA:		<b>MEM Seguradora S/A</b>  <b>03 OUT 2018</b>  <b>DPVAT</b>
REPOUSO: 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.		
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>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.</i>		
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Cefalexina + Mexsulid</i>		

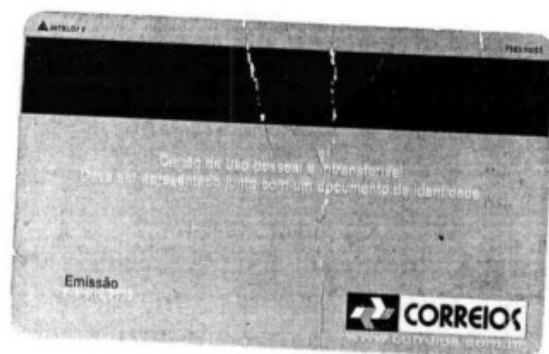
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do <i>Dr. Orlando</i> em 30 dias para revisão.
DATA: <i>08/03/2018</i>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

**Dra. Lailana Barreto**  
Médica  
CRM/RN - 8491



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	31/P.53
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
	
NÃO ALFABETIZADO	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL: 320988	DATA DE EXPEDIÇÃO: 07 MAI 2005
NOME: JOÃO DE FREITAS PEREIRA	
Jôão de Freitas Pereira	
FILIAÇÃO: Carlinda Justino da Silva	
NATURALIDADE: Curral Velho-PB.	DATA DE NASCIMENTO: 05.02.1983
Cort. N.º 320988-12, Liv. A/04, Cartão de Curral Velho-PB.	
CPF:	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N.º 7.116 DE 29/08/83	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DOS AGRIANOS  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE AGRIANOS  
 SECRETARIA DE AGRIANOS

**VÁLIDA EM TODOS  
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
**1298959815**

**Nome:** ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

**CC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF:** 5023854 SST PE

**CPF:** 023.679.274-13 **DATA NASCIMENTO:** 30/03/1977

**Função:** AGEMOR GOMES DA SILVA

**LUIZINATE GOMES DA SILVA**

**PERMISSÃO:** **ACC:** **CAT. NRB:**

**Nº REGISTRO:** 02.027505396 **VALIDADE:** 06/06/2021 **Nº HABILITAÇÃO:** 05/06/2001

**DESCRIÇÃO:**  
 Exerce Atív Remunerada

**Assinatura do Portador:** *Handwritten signature*

**LOCAL:** SERRA TALHADA - PE **DATA EMISSÃO:** 13/06/2016

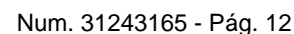
**Assinatura do Emissor:** *Handwritten signature*

**64510562813**  
**PRO072130300**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1298959815**



MEMO Segretario S/A  
03 OUT 2018  
DPVAT





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA  
DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR  
Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (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)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) NA IMPOSSIBILIDADE 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 EM 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 DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (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)

( ) 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 (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 - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- 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 6.194/74.
- 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 SEGURADORA LÍDER DPVAT

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

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA *Italo de Castro Pereira*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180463276 **Cidade:** Manaíra **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:** Manaíra **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**

Vítima: **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.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 13440618

Pag. 00549/00550 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO DE FREITAS PEREIRA**  
Nº Sinistro: **3180463276**  
Vítima: **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

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.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**

Pag. 01959/01960 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13440619





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações 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%

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

**Recebedor: JOAO DE FREITAS PEREIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000043**

**Conta: 00000186189-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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	058.236.144-26	Profissão	PEIXEIRO
Endereço	Sítio Umbuzinho	Número	5N	Complemento	CASA
Bairro	RURAL	Cidade	MANAIRA	CEP	58995000
Email		Estado	PB	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**

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0043

D/V

CONTA

NRO.

186189

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

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.

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

x 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 MANAÍRA ESTADO DA PARAÍBA E NA (O) DELEGACIA DE Polícia Civil Local, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL Gutenberg José da Costa Marques Cabral, COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLÍCIA 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: Manaíra 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/CG 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. XX

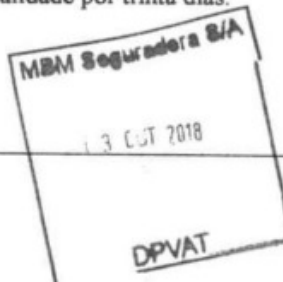
**TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL** referente ao registro de ocorrência supra que deu origem a presente certidão (Art.229 do CPB) falsidade ideológica - p reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos

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

Gervásio Roberto Laurentino  
Escrivão de Polícia  
ATD-HOC  
MAT.: 132.148-8

Delegacia de Polícia  
Civil de Manaíra - PF

Declarante



Manaíra-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	CPF da Vítima	Data do Acidente
JOÃO DE FREITAS PEREIRA	058.236.144-26	27/02/2018

**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.

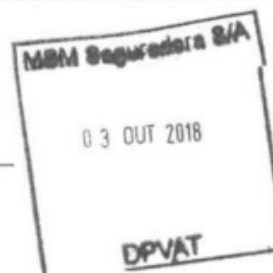
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

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

X João de Freitas Pereira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017







## 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 Burty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106794, e Prontuário de Nº 2018.02.004067 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/02/2018 às 09H36min, vítima 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, dato 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



## 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)	<u>SÍTIO UNBUZEIRO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MANAÍRA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 98866-8988 - (87) 99940-9666</u>
E-mail	<u>ALCISON GOMES @ BOL.COM.BR</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MANAÍRA - PB, 02/08/2018

Assinatura do Declarante:

João de Freitas Pereira



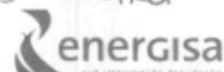
# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 017.565.212

João de Freitas Pereira 058236444-26



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.085.193 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

EDMILSA BALBINO FURTADO  
SIT UMBUZEIRO SIN  
MANAIRA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1267741-5

## REFERÊNCIA

DEZ/2018

## APRESENTAÇÃO

21/12/2018

## CONSUMO

88

## VENCIMENTO

02/01/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 74,76

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

EDMILSA BALBINO FURTADO

Roteiro: 14-169-473-3625

83690000000-8 74760054000-5 12677412018-5 12000169019-3

## VENCIMENTO

02/01/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 74,76

## MATRÍCULA

1267741-2018- 12-0



MBM Seguradora S/A

01 FEV 2019

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 UMBUZEIRO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MANAIRA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(087) 98866-8588 / 99970-9666</u>
E-mail	<u>ALECKSON GOMES @ BOL - COM. BR</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: João de Freitas Pereira





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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXSON LEANDRO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.673.274 / 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 / 26, 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 <u>RUA AGAMENON MAGALHÃES</u>		Número <u>30</u>	Complemento <u>APTO, 2º ANDAR</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.855-000</u>
Email <u>ALEXSON.GOMES@BOL.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87) 98866-8988</u>

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

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

