

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2015

Carta n°: 8313909

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

**Sinistro:** 3151041117  
**Vitima:** DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
**Data Acidente:** 14/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **16/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2016

Carta n°: 8659455

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

**Sinistro:** 3151041117  
**Vitima:** DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
**Data Acidente:** 14/06/2015  
**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: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA**

**Valor: R\$ 5.062,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001914**

**Conta: 0000001337-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>5.062,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%**

**Graduação: Em grau intenso 75%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%**

**Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25**

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%**

**Graduação: Em grau intenso 75%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%**

**Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25**

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: 04/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 00000001337-8

---

Nr. da Autenticação 23B66A93F1AE38B4

Livro nº 001/2015  
Ocorrência nº. 2278/2015

Aos VINTE E CINCO dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ai, por volta 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA**, conhecido por DEBORA, Identidade nº 2.636.905-SSP/PB, CPF nº 046.451.414-22, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: balconista de supermercado, filha(o) de Jose Gomes Da Silva E De Maria Lucia Garcia Da Silva, natural de Santa Rita /PB, nascido(a) em 02/09/1984 (31 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nova Floresta,200,Tibiri 31, tendo como ponto de referência: proximo ao túnel, na cidade de SANTA RITA , fone(s) para contato: 83 98738-1397.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 14 de 06 de 2015;
- 3) HORÁRIO: 22h:40min;

4) LOCAL: VIA PÚBLICA;

5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISO BURITI;

6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;

7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;

8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

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

UMA MOTO HONDA CG 150 TITAN EX,DE COR VERMELHA,ANO MODELO 2013,CHASSI 9C2KC16600DR528291,PLACA OFZ 5158,MUNICIPIO BAYEUX-PB,TENDO COMO PROPRIETÁRIO O ANTONIO CARLOS DOS SANTOS.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**NAO**

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

A NOTIFICANTE DISSE QUE NO MOMENTO EM QUE CONDUZIA A MOTO SUPRACITADA,INICIOU-SE UMA CHUVA, E COMO PORTAVA UMA BOLSA, A COLOCOU A TRAS DAS COSTAS, NESSA MOMENTO, SE DESEQUILIBROU EM UM QUEBRA MOLA,POIS NÃO O TINHA VISTO,VINDO A CAIR NA AVENIDA,EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS SENDO LEVADA PARA O HOSPITAL SUPRACITADO,CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 767521,LÁ PERMANECEU QUATRO DIAS SEM PREVISÃO DE CIRURGIA,SENDO CONDUZIDA DEPOIS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME BOLETIM DE ENTRADA Nº 846.123 COM POLITRAUMATISMO SEGUNDO CID 10 V29+S52.5.0+S82.1.0.

**9) OBSERVAÇÕES:**

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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

*Debora Rosaline Garcia da Silva*  
Debora ROSALINE GARCIA DA SILVA  
Comunicante

*Flávia Andrade*  
Flávia Andrade  
Escrivã(o)/Agente

*FIC DPVAT*  
FIC DPVAT  
GRANDBERG

*08 DEZ 2015*



Seguradora Lider • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDE

AT 0014

2

NO CENSUS

CAMPO DREENCHIDO BEIA SECULIBADORA

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SALÁRIO ou FUNCIONAL.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta 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 POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta à [RECEITA FEDERAL](http://www.receita.fazenda.gov.br) [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**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 informações

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCITAS, DESENTRALIZANDO-SE A QUALQUER DIFERENÇA ENTRE OS VALORES DA OFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita 27 de Novembro de 2015 8 dezona Rondoniense da Silva

- O Seguro DIVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/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 natureza da perda, considerando-se a idade e o sexo).

**CAIXA**  
Caixa Econômica Federal

AUTO-ATENDIMENTO - AG. CABO BRANCO/PB  
DATA: 24/11/2015 HORA: 12:04:00  
TERMINAL: 36561107 CONTROLE: 003611070240

AGÊNCIA: 1914 - SANTA RITA  
CONTA: 013.00000337-8  
CLIENTE: DEBORA RUSALINE GARCIA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012  
DATA VALOR  
08/11 2,61  
14/11 0,00  
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012  
DATA VALOR  
14/11 405,63

MOVIMENTACAO  
DATA NR. DOC. HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 405,35C

Novembro

08/11 00000000	REM BASIC*	0,00C
08/11 00000000	CREDO JUROS	0,01C
14/11 00000000	REM BASIC*	0,86C
14/11 00000000	CREDO JUROS	2,02C

RESUMO EM 23/11  
SALDO 408,24C

RESUMO DO DIA  
SALDO BLOQUEADO 0,00  
SALDO DISPONIVEL 408,24C  
SALDO TOTAL 408,24C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
CAIXA.GOV.BR/VOCE

**FI C DPVAT**  
**SITE GRANDBERG**  
**08 DEZ 2015**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### SINISTRO

Número do Sinistro: 3151041117

### QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
CPF: 046.451.414-22  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Entregue		
Documentação médica-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

### DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA</b>	Dispensado		
Alvará judicial	Entregue		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvtseguro.com.br](http://www.dpvtseguro.com.br) ou ligue 0800-02221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6.194 / 74.
- Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

Data: 16/12/2015  
Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
CPF: 046.451.414-22

### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 16/12/2015 10:22  
Nome: Paulo Ricardo Ximenes de Paiva  
CPF: 322.960.293-53

### Assinatura

Paulo Ricardo Ximenes de Paiva

## PROTÓCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

Número do Protocolo: ASP-294015/2015

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF da Vítima: 046.451.414-2046-451.414-22

589153

Data de Nascimento: 02/09/1984  
Data do Sistiro: 19/06/2015  
Titular do CPF: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

## DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	08/12/2015	Entregue	

## DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

## CONTATO

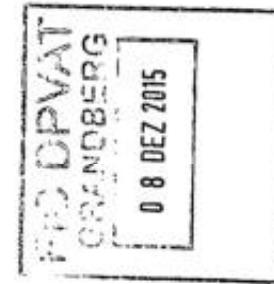
Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Telefone: (83) 99332-9009(83) 99332-9009

Celular: (83) 988729070(83) 988729070

Aviso de sinistro provisório para instruiscião da documentação cabível para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no sistema, ficarão aguardando os demais necessários à conclusão do requerimento do sinistro.

Data de emissão desse aviso provisório: 08/12/2015



**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA Delcena Rosaline Garcia da Silva  
 DATA DO ACIDENTE 19/10/2015 CPF DA VÍTIMA 046.451.414-22  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Delcena Rosaline Garcia da Silva  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DO VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É Delcena Rosaline Garcia da Silva  
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Nova Flora  
 N° 200 COMPLEMENTO  BAIRRO Município  
 CIDADE Santa Rita UF PB CEP 58302-275  
 E-MAIL  TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: **DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO**

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**
**DUT**

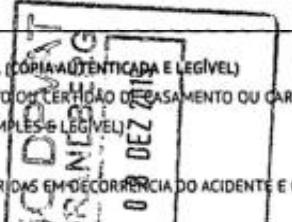
- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- BOLETO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) *Prontuário*
- 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 COMPROVEM 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, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO *Extrato*

**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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI 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**

- 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.MBMDPVAT.COM.BR](http://WWW.MBMDPVAT.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

DATA

CPF

046.451.414-22
**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**

DATA

NOME

ASSINATURA

Delcena Rosaline Garcia da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E PLACAS  
VIA 1 0056495951-0 07/00000000 2015

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

91695104404 OFZ5158/PB

NOVO FB 9C2KC1660DR528291

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ABCG/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN EX 2013 2013 800

2P/P/149 /CI PARTIC VERMEDIANANTE

IPVA PAGO EM 27/07/2015 VENC/COTAS

V \*\*\* RARIRVA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2\*  
A 3\*

PRÉMIO PAGO EM 27/07/2015

A.F BANCO HONDA S.A

BAYEUX 27/07/2015  
118 8290

EXPEDIDOR

CONTRIB

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012030279708 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 27/07/2015  
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

VIA \_\_\_\_\_ CPP/CNPJ \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_

RENAVAM \_\_\_\_\_ MARCA / MODELO \_\_\_\_\_

ANO 91695104404 Nº CHASS 0FZ5158/PB

00564959510 HONDA/CG 150 TITAN E

PRÉMIO TARIFÁRIO

FAS (R\$) 9 9C2KC1660DR528291 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 500,00 SEGURADOR (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\* SEGURADOR PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

8290-1205229-20150727

NBR/2015



121001

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

09 MAI. 1999

24636905

DATA DE EXPEDIÇÃO

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

NOME: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

FILIAÇÃO: José Gomes da Silva  
Maria Lúcia Garcia da Silva

SANTA RITA PB

NATURALIDADE: 02.09.1984

DATA DE NASCIMENTO

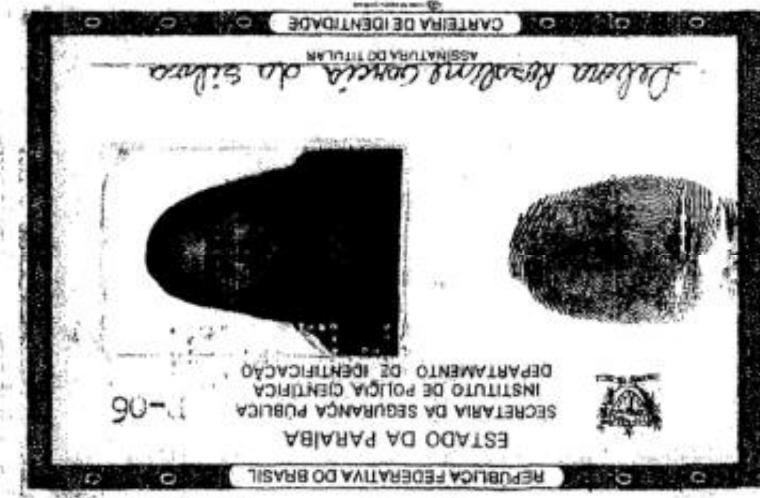
DOC. ORIGEM: Cert. Nasc. 30.706, Fls. 220, Liv.  
A-26, Cart. de Santa Rita PB

CPF:

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 046.451.414-22

Nome da Pessoa Física: DEBORÁ ROSALINE GARCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 02/09/1984

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2001

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 21:08:14 do dia 08/12/2015 (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: 548F.7E17.9E2A.F13F  
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria  
da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço

Este documento não substitui o

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





# Ficha de Atendimento Ambulatorial

CNIZ VERDE  
BRASILERA

HEFTSIL

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

PROCEDIMENTOS: ( ) Curativo ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

( ) Tipóia Grande ( ) MJ ( ) Aparelho Gessado:

( ) Tala Gessada: \_\_\_\_\_ ( ) Velpue em Crepom

( ) Retirada de Pontos ( ) Tala Metálica ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAME RADIOGRÁFICO:

Local: \_\_\_\_\_ Lado do Corpo: ( ) Direito ( ) Esquerdo

Incidência: ( ) Antero – Posterior ( ) Postero – Anterior ( ) Perfil ( ) Especial

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE:

( ) Residência ( ) Enfermaria ( ) Observação

( ) Óbito ( ) Retorno Ambulatorial ( ) Alta Ambulatorial Data de Retorno: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico e Carimbo: \_\_\_\_\_



CHARTERED  
ACCOUNTANT

## RE<sup>1</sup>STRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

### Numero:

Paciente: Patricia Rosaline Garcia Silveira

Procedimento: Trat. Laring. Frat. Radio Distal C + Trat. amig. Frat.  
SUS: (X) Não SUS ( )  
Médico: DR<sup>2</sup> Ricardo → DR<sup>2</sup> Kaitney → DR<sup>2</sup> Telma (R1).  
Plano: Lilu (C)

Médico DR<sup>2</sup>-Ricardo + DR<sup>2</sup>-Kourtney + DR<sup>2</sup>-Tecmilo (Q1).

Prontuário: 816123

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Reposição: \_\_\_\_\_

2 Date 26/01/15

2000-01-02

THE BIRDS OF THE BAHAMAS

FIC DPVAT  
GRANBERG  
08 DEZ 2015

## DISPENSAÇÃO CME

Fornecedor	Descrição do Produto	Quantidade	Código SUS	Marca
A				

## DISPENSACÃO - FARMÁCIA

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<i>gouttes de laurier A-50</i>	(05)		

Dra. Diana M. M. F. Ramos  
Médica  
CRM-RS 7042

ASSINATURA DO MEC/CO - CRM

João Edilson da Silva Galvão  
COREN-PE 424.987  
Sobrenome  
ASSINA FURANTE FARMACÊM - COREN

*Assistente  
Técnico em  
CORTE*

ASSOCIAÇÃO CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
Tec. NATHALIA CORRÊA

F(NG).APC.013-2

F(NG).APC.0



CRAZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Diekho D. S. B. Ne BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Clinica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_ 1º Assistente: TEOFILO (121)  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CD
<u>Tumor do Ato do Vídeo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Extrair</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria ( )Terapia Intensa ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

08/02/2015  
João Pessoa, Diekho D. S. B. Ne

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Diekho D. S. B. Ne



CRUZ VELILLA  
EST. 1874

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEISEL

DESCRICAO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Posição e Preparo:	
Incisão:	Divisória nos exteros. Abri a rectângulo de 10x15 cm.
Achados:	Abdome com fômites de côrtes distantes.
Conduita:	Fios 0 4.5
	Foto anexa.
	Um fôrme levantado.
Fechamento:	
Observação:	

प्रेस्चामेन्टोः

### Observação:

José Pessoa, — / —

Médico/CRM:



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome:	Desiree Loraline / 07/09	Registro:	
Idade:	30	Clin:	Ent:
Data de admissão:	30/05/2015	Data da alta:	28/06/11
Diagnóstico inicial:	Fractura fibula tibia e	Diagnóstico final:	Fractura diáfise tibial
Outros diagnósticos:			
Principais exames:	Exames gerais		
Cirurgia realizada - data e equipe:	Artroscopia no joelho		
Terapêutica medicamentosa:	On. Paracetamol		
Anatomia patológica:			
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )			
Resultado bacteriologia:			
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) À pedido ( ) Curado ( ) Obito ( )			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	<p><i>Joelho direito</i></p> <p><i>Joelhos</i></p>		
Medicações para casa:	<p><i>Aspirina e Paracetamol</i></p>		
Retorno:	<p><i>3/11/15 São Paulo</i></p> <p>para etirada de ponto.</p> <p>em 30 dias para revisão.</p>		
Ao posto de saúde em:	<p><i>Ass. Médico CRM 123456789</i></p>		
Ao ambulatório:	<p><i>Ass. Médico CRM 123456789</i></p>		
João Pessoa: 28 de 06 de 2015	<p><i>Ass. Médico CRM 123456789</i></p>		



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/84
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA
<b>Dados Extraídos</b>	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	846.123
PRONTUÁRIO N.º	89.286
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/15
HORA DO ATENDIMENTO	11:26H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO
CID 10	V29 + S52.5.0 + S82.1.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ  $\pm$  10 DIAS, ENCAMINHADO POR OUTRO SERVIÇO, COM QUEIXA DE DORES EM PUNHO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, ENCAMINHADA POR OUTRO SERVIÇO.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL.  
RX DE JOELHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE PLATÓ TIBIAL ESQUERDO.  
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS.

### TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÓ TIBIAL ESQUERDO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA INGUINO-PODÁLICA, OPERADA POR DR. KARTNEY + TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM OSTEOSÍNTSE, OPERADA POR DR. RICARDO RAMOS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILOPAMAR.

### ALTA HOSPITALAR:

28/06/15 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AGENDADO

09/10/2015

### DATA DA EMISSÃO:

2/07/2015

Drº. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





-83-

## Declaracão do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Carlos dos Santos

RG nº 1629205, data de expedição 12/12/1991 Órgão 559  
portador do CPF nº 91695104404 com Domicílio na  
cidade de Santa Rita, no Estado de Piauí, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Deducha Lopel  
nº 516, complemento. Edifício San Tiago declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Delma Nobalme Gonçalves  
cujo o condutor era Antônio Carlos dos Santos

Veículo: Honda / CG 150 Titan Ex  
Ano: 2013 / 2013  
Modelo: Honda / CG 150 titan  
Placa: OFZ 9158 / PB  
Chassi: 9CQKC1660DR528291  
Data do acidente: 19/06/2015

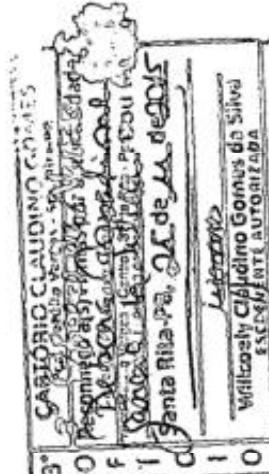
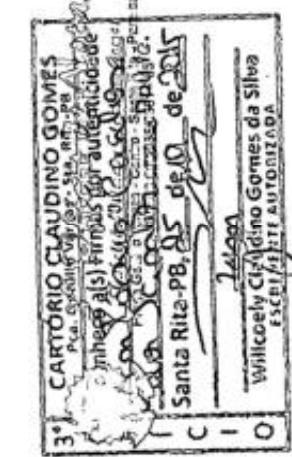
Local e data: Santo Rita PB - 25/11/2015

Abigail Cates DDS Santa

X Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

FIC DPVAT  
GRANDBERG  
08 DEZ 2015

**Assinatura do Condutor** (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinhar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, Deltora Rosaline Capia da Silveira,

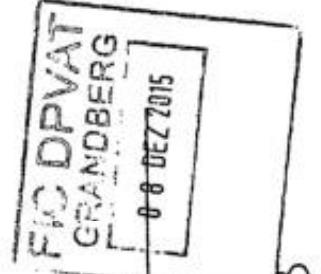
RG nº 2636905, data de expedição 09/03/1999,  
 Órgão SSP, CPF nº 046.454.414-22, venho perante a este  
 instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu  
 nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito  
 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Nova Floraia</u>
Número	<u>200</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Municiários</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58302-276</u>
Telefone de contato	<u>83.99865.5950 / 98872.9010</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita, 08/07/2015.

Deltora Rosaline Capia da Silveira  
 Assinatura do Declarante



Penícia Yôô Pessoa  
Pessoal



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CTC BICPE P117A 2111

PC-15

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
R. NOVA FLORESTA, 200  
MUNICÍPIOS  
58302-275 SANTA RITA PB



000.0000



52110944230594700000002123190 290715

Titular DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Cartão 5487.XXXX.XXXX.6080

Pra que esperar? A fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse [bit.ly/cardsite](http://bit.ly/cardsite) ou [faturadigital](http://bit.ly/faturadigital)

## Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	317,91
Pagamento efetuado em 03/07/2015	- 317,91
Saldo financeiro	0,00
Lançamentos atuais	318,47
<b>Total desta fatura</b>	<b>318,47</b>

Postagem: 29/07/2015  
Vencimento: 09/08/2015  
Emissão: 28/07/2015  
Fechamento próxima fatura: 04/08/2015



315 104 1114 mano

Características do ato declaratório

0005-

http://192.168.25.254:8080/santaria/pages/t/

GOVERNO  
DA PARAÍBA

UNIDADE DE PRIMÓIO ATÉ 24 MESES

INTERNO, S/N - CNES: null - Tel.:

Boletim de Atendimento: 45710

#### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
90977	DEBORA ROSALINA	Feminino
Data de nascimento	Idade	Religião
02/09/1984	31 anos 3 meses 26 dias	Prontuário
Mãe		Pai
MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA		Responsável (Parentesco)
Escolaridade		DDD Fixo
DDD Móvel	Fone Móvel	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Crns
Local de procedência		
Email	Naturalidade	Tipo
	CBO/R	UF

#### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
56303996	SANTA RITA	PB	Principal
Número	Complemento	Bairro	
200	RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III	Capitão	

#### Admissão

Data e Hora Prevista	Número da pulseira	Convenio
14/06/2015 19:02:15	<b>59310</b>	SUS
Especialidade	Clinica	Origem do paciente
MEDICO CLINICO	CLINICA MEDICA	RESIDENCIA

#### Classificação de risco

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Veio de ambulância					
URGENCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Veio de ambulância	URGENCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Não
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Veio de ambulância					
URGENCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Não					

#### Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Trauma
Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou	

#### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

#### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasomografia [ ]
Dados clínicos						

Diagnóstico	CID
Atendido por JOSE JACKSON	Tempo 04min 53seg

Imprimir

Código	Descrição
200.0	Exame médico geral

### Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Seção	Informação	Valor
CLASSIFICACAO RISCO DE RISCO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	14/06/2015 19:10:02
CLASSIFICACAO DE RISCO	ESCALA DE DOR	AREA VERDE
CLASSIFICACAO DE RISCO	QUEIXA DO PACIENTE	DOR 5
CLASSIFICACAO DE RISCO	ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.	
CLASSIFICACAO DE RISCO	PA	ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS
CLASSIFICACAO DE RISCO	FR	ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.
CLASSIFICACAO DE RISCO	POSSUI ALERGIA?	NEGA
CLASSIFICACAO DE RISCO	HAS	
CLASSIFICACAO DE RISCO	TABAGISMO	
CLASSIFICACAO DE RISCO	ALCOOLISMO	
CLASSIFICACAO DE RISCO	PNEUPATIAS	
CLASSIFICACAO DE RISCO	CARDIOPATIAS	
CLASSIFICACAO DE RISCO	NEUROLOGICOS	
CLASSIFICACAO DE RISCO	DIABETES MELLITUS	
CLASSIFICACAO DE RISCO		

### Conduita médica

A

Dra. Alana Moura Di Pace  
Médica  
CRM-PB 8566  
ALANA MOURA DI PACE  
(85661PB)

Debora Rosalina Souza da Silveira  
DEBORA ROSALINA

Paciente DEBORA ROSALINA	Idade 31	Sexo Feminino	BAE 45710	Data/Hora Entrada 14/06/2015 19:02:16
Data de nascimento 02/09/1984			CNS	Telefone de Contato
Mãe MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA				Prontuário
Endereço Principal, 200 - RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III	Bairro Capitão	Município SANTA RITA	UF PB	
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Professional ALANA MOURA DI PACE	Nº Cons. Regional 8566/PB	
Data/Hora Classificação 24/06/2015 01:50:03		Data/Hora Prescrição 14/06/2015 19:28:05		

### CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

QUEIXA DO PRINCIPAL	ESCORIACÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.	
QUEIXA DO PACIENTE		
ANTECEDENTES MORBITOS		
HAS	Não	
CARDIOPATIAS	Não	
DIABETES MELLITUS	Não	
PNEUROPATIAS	Não	
NEUROLOGICOS	Não	
TABAGISMO	Não	
ALCOOLISMO	Não	
ALERGIA	POSSUI ALERGIA? NEGA	
ESCALA DE DOR		ESCALA DE DOR 5 DOR 5
SINAIS VITAIS		
PA	120x70	
FR	102	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	 ÁREA VERDE	

### Anamnese

PCITE JOVEM VEIO AO SERVICO COM QUADRO DE ESCORIACOES POR TODO EM BRACO, ANTEBRACO, PERNA ESQUERDAS HA 30 MINUTOS, NEGANDO PERTA DE CONCIENCIA

### Exame Físico

ESCORIACÕES DIVERSAS

CID10

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Adelina Rosaline Garcia da Silva, portador da carteira de identidade nº 2636905 e inscrito no CPF nº 046.451.414-22 residente e domiciliado na R. Nova Flora 200 Município, CEP: 58302-275, Cidade Santa Rita,

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

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que residir não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que residir 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Adelina Rosaline Garcia da Silva  
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Santa Rita/PR - 07 de Novembro de 2015

Local e data

**FIC DPVAT  
GRANDBERG**  
08 DEZ 2015

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3151041117      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORA ROSALINE GARCIA DA      **Data do acidente:** 14/06/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/02/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / JOELHO ESQUERDO: 75% DE 25% / PUNHO ESQUERDO: 75% DE 25% / TOTAL: 37,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

