



Número: **0845707-82.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSALVA JACINTO DA HORA (AUTOR)		LUIZ CÉSAR GABRIEL MACÊDO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33935187	03/09/2020 09:47	2746782_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11549020

A/C: ROSALVA JACINTO DA HORA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459083 ASL-0325653/17

Vitima: ROSALVA JACINTO DA HORA

Data Acidente: 10/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01799/01800 - carta_01



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11549021

A/C: ROSALVA JACINTO DA HORA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459083 ASL-0325653/17

Vítima: ROSALVA JACINTO DA HORA

Data Acidente: 10/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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 **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00941/00942 - carta_03



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ROSALVA JACINTO DA HORA

Nº Sinistro: 3170459083
Vitima: ROSALVA JACINTO DA HORA
Data do Acidente: 10/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170459083**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12407334

Pag. 01725/01726 - carta_16 - INVALIDEZ

00020863



Seguradora

Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ROSALVA JACINTO DA HORA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.415.376 - 2ª VIT EXPEDIDO POR SSP/PB EM 29/02/2015 E

CPF 046481204-52 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROSALVA JACINTO DA HORA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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 informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRASILESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0037 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00031074 - 7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

3ª PESSOA 14 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

x Rosalva Jacinto da Hora
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

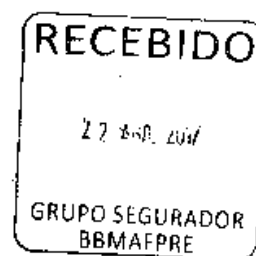
ATENÇÃO

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

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE





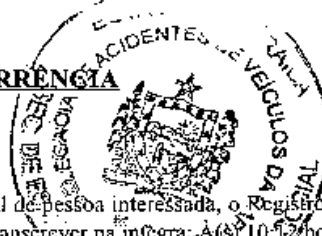


Boletim da ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00638.01.2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00638.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 29 de março de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil, Albérico Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Rosalva Jacinto da Rocha**, CPF nº 046.181.204-52, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Maria Faustino de Brito e Elias Jacinto de Brito, natural de Baía da Traição/PB, nascido(a) em 05/11/1966 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Aldeia São Miguel, complemento aldeia de índio, bairro Centro, tendo como ponto de referência próximo a Ao Centro da Cidade, na cidade de Baía da Traição/PB, telefone(s) para contato (83) 98812-1623.

Dados do(s) Fatos:

Local: Vila Regina, Outros, Rio Tinto/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/11/16-15:00h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

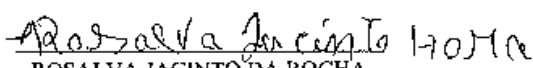
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

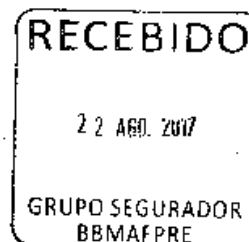
QUE VINHA DE CARONA NA GARUPA DA MOTOCICLETA I/WUYANG WY48Q-2, ANO 2013/2014, DE COR BRANCA, PLACA QFQ-8248-PB, CHASSI Nº LWYMCA204E6013412. EM NOME DE JOSERALDO EVANGELISTA DA SILVA, QUANDO CAIU DA MESMA, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, SE LESIONANDO CONFORME CERTIDÃO Nº 0129/2017, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 903899, PRONTUÁRIO Nº 2012080732, ASSINADA PELA DRA. ROSANGELA M. ESCOFFE ALMEIDA, CRM 3883-PB, DATADA DE 27/01/2017, A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de março de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


ROSALVA JACINTO DA ROCHA
Noticiante



Procedimento Policial: 00638.01.2017.1.00.420

1/1



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ROSALVA JACINTO DA HORA, portador da carteira de identidade nº 2.415.376 e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.181.204-52, residente e domiciliado na RUA GENEZER, Nº 65, COSTA E SILVA, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

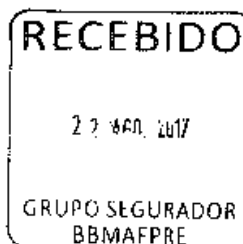
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Rosalva Jacinto da Hora

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA - PB, 14/08/17

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROSALVA JACINTO DA HORA

RG nº 2.415.376, data de expedição 27/02/15, Órgão SSP/PB

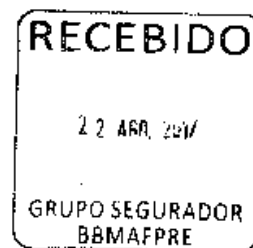
CPF nº 046.181-204-52, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA LOENEZER</u>
Número	<u>65</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>COSTA E SILVA</u>
Cidade	<u>SOAS PESSOA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.081-273</u>
Telefone de Contato	<u>83 98889-4839</u>
E-mail	<u>CESSAMACEDD.ADV@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SOAS PESSOA - PB, 14/08/17

Assinatura do Declarante: X Rosalva Jacinto da Hora



ELIAS JACINTO DA MORA
RUA ENEZER, 65 - COSTA E SILVA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58081-773 (AQ: 1)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO B-220, Km 25 - Costa e Silva - Joao Pessoa/PB - CEP 58081-773
Roteiro: 11 - 2 - 344 - 980 Referência Jul/2017
Nº medidor: 0000002812 Emissão: 18/07/2017

energisa

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
CNPJ 08.095.193/0001-40 - Ins. Est. 18.015.023-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000149800
Código para Digitação Automática: 0000149800

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2017	19/07/2017	21/08/2017	64901955420

UC (Unidade Consumidora): 5/474980-0

Canal de contato

Prezado Cliente:
A partir deste mês, as contas começarão com um novo layout para facilitar a leitura e compreensão das informações e os demonstrativos de consumo, atitudes, tanto e composição da fatura. O valor da tarifa, passou a ser apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total de energia pago pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais pagos pelo cliente.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
20/06/17	20449	19/07/17	20514	
Demonstrativo				
Qtd	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base Calc. Aba. Item(R\$) Base Calc. Pa(R\$) Cota(R\$)
				(Cota Taxa(R\$) KW/500h) ICMS FV(Cota/500h) (R\$0,724) (R\$0,724%)
0001	Consumo em kWh	85,000 0,818800	40,10	40,10 25 10,03 40,10 0,32 1,49
0001	Adc. B. Amarela		1,22	1,22 25 0,30 1,22 0,01 0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007	CONTROLE SERVIÇO PÚBLICA		1,05	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0004	JUROS DE MORA 05/2017		0,92	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0004	JUROS DE MORA 06/2017		0,70	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005	MULTA 05/2017		1,14	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005	MULTA 06/2017		1,17	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCF Código de Classificação de Item TOTAL 46,30 41,32 10,33 41,32 0,33 1,63

Resumo últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** 26/07/2017 **TOTAL A PAGAR** R\$ 46,30

Histórico de Consumo (kWh)											
81	89	81	82	81	80	94	88	81	127	148	112
Jul17	Nov17	Nov17	Nov17	Nov17	Nov17	Nov17	Nov17	Nov17	Nov17	Nov17	Nov17

RESEMIADO AO 2017-2017
00e6.44b1.e24b.5a5f.e42f.0a78.8243.1360

Indicadores de Qualidade				Composição da Consumo			
Unidades da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)		Descrição	Valor (R\$)	%	
QCMENSAL	0,00	NORMAL	220	Serviço de Dist. da Energia PB	10,70	23,11	
QCMENSAL	0,00	CONSTATADA	202	Compra de Energia	13,82	29,85	
QCMENSAL	0,00	UNIDADE INFERIOR	202	Serviço de Transmissão	0,74	1,60	
QCMENSAL	0,00	UNIDADE SUPERIOR	231	Encargos Sociais	0,87	1,88	
QCMENSAL	0,00			Impostos, Serviços Encargos	17,17	37,06	
QCMENSAL	0,00			Outros Serviços	0,00	0,00	
QCMENSAL	0,00			Total	46,30	100,00	

ATENÇÃO: Letra confirmada Faturas em atraso

PARABÁ
VENCIMENTO 26/07/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 46,30

83610000000-5 46300149000-2 04749802017-2 077000020019-4





Documentação médica - hospitalar



CERTIDÃO

Nº. 0129/2017

Atendendo solicitação de ROSALVA JACINTO DA HORA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação a Ficha de atendimento ambulatorial de Nº 903899 e de Prontuário Nº 2012080732 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 10/11/2016 às 21H24min, paciente encaminhado de outra unidade hospitalar, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a exame médico e exame de imagem que evidenciou fratura em 1/3 do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/11/2016 com alta médica dia 20/11/2016.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de Janeiro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Rosângela Joacinto de Lenc</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA
			ENF. 25 / LEITO 406
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura pulso (B)</u>		CID: <u>S52.5</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Osteossíntese / RIFP</u>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÃO DE ALTA ☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO
☐ CURADO		☐ ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<u>Rosângela Joacinto de Lenc</u>	
<u>intercorrências</u>	

DIETA: <u>geral</u>	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
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: Lavar 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: <u>Dexametasona / Cefepime</u>	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____	para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do _____	em 30 dias para revisão.
DATA: <u>20/11/16</u>		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar		
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO		
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Geral
CRM 8888 - TEOT 12957
ASS. MÉDICO / CRM

RECEBIDO

22 AGO. 2017

GRUPO SEGUADOR
BAMAFPRE



Resolução do Conselho

2252

Resolução do Conselho

Resolução do Conselho

X

X

Resolução do Conselho

Resolução

Resolução do Conselho

Resolução

Resolução do Conselho

21/11/08





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Adriana Jacinto de Brito portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S52.5, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
semanas dias, a partir desta data.

João Pessoa
Dr. Odilon R. Pinho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 8888 - TEOT 12867
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

10/11/16

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ap. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58095-304, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

RECEBIDO

22-ABR-2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Marcelo Jesus</u>	Data da Admissão: <u>10/11/16</u>
Prontuário: _____	Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____	
Endereço: _____	Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____	Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
QPD: <u>2a O Puro E M. M.</u>	
HDA: <u>P. O. C. 2a O Puro E M. M.</u>	
Medicações em uso: <u>Ø</u>	
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 ☐ Dispneia ☐ 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-reposu ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos	
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor	

RECEBIDO

22 AGO 2017

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

GRUPO SEGURADOR



Num. 33935187 - Pág. 15



DETRAN - PB
Divisão de Registro de Veículos
Boletim de Solicitação de Serviços

07/08/2017
12:13

Número do Processo	Ano	Categoria	Motivo do Processo	Responsável Cadastro
201700002995772	2017	JOAO PESSOA	TRANSF. PROPRIEDADE CICLOMOTOR	ALFREDO

Serviço Agendado	Outros
------------------	--------

DADOS DO PROPRIETÁRIO:			
Nome / Abrev	CPF/CNPJ	Identidade	Org. Exped.
PEDRO JACINTO DA HORA PEDRO JACINTO DA HORA	161008133434	1263020	SSP PB
Endereço	Número	Complemento	
SEVERINA FERREIRA RUA SEVERINA FERREIRA 24 CASA	24	CASA	
Cidade	UF	CEP	
FRANCA BAIRO	PB	58080612	

DADOS DO VEÍCULO:							
Placa	Chassi	Rem.	DLN/Reboq.	Município de Enchimento	UF		
QFQ8248 PB	LWYMCA204E6013412	2	04/08/2017	2051 JOAO PESSOA	PB		
Placa	Motor	Ano Fab.	Ano Mod.	Origem	Cil.	Pos.	Transm.
1074259346	WY139FMA13360516	2013	2014	2IMP.	49	0	
Marca/Modelo	Cor	Corpo	Compart.	Combustível			
311171/WUYANG WY48Q-2	4 BRANCA	0	999NAO APLIC	2 GASOLINA	0		
Espécie	Passag.	Carga	PRTT	Empl.	CMV	Tipos	Categoria
PASSEIRO	2	0,00	10	0	0	2 CICLOMOTO	PARTIC
0	0	0	0	0	0	0	
Detec. Frenos	Suspensão	Turismo	Frenos Seguros	Insustent.	Outras Características		
			8				

RESTRICÇÕES:	
0 SEM RESTRICÇÕES	Financiária / Arrendatária
	0
	Financiária / Arrendatária
	0
	CPF/CNPJ Arrendatário

REGISTRO ANTERIOR:				
Proprietário Anterior	CPF/CNPJ	Município Anterior	UF Anterior	UF Atual
JOSEALDO EVANGELISTA DA SILVA	08348063471	JOAO PESSOA	2051 PB	NOVO
Placa Anterior	Remoção Anterior			
12B24866715	52006			
Serviço do Despachante: 0				
Declaro como verdadeiras as informações acima prestadas e assumo toda responsabilidade CIVIL e CRIMINAL pelas mesmas.				
PEDRO JACINTO DA HORA				
Assinatura do Proprietário				



Estado da Paraíba
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Departamento Estadual de Trânsito
Divisão de Registro de Veículos

Número do Processo
201700002995772

GOVERNO
DA PARAÍBA

Placa	Chassi	Data	Assinatura
QFQ8248	LWYMCA204E6013412	07/08/2017	ALFREDO
PEDRO JACINTO DA HORA			
JOAO PESSOA			

RECEBIDO
22 AGO. 2017
GRUPO SEGURADOR
BRASACOR

SECAO DE EMPLACAMENTO E VISTORIA
Laudo Numero 2017.0151137

07/08/2017
10:00:10
42170

Placa : QFQ8248 Chassi: LWYMCA204E6013412
Proprietario : JOSE RALDO EVANGELISTA DA SILVA
Tipo : CICLOMOTOR Especie : PASSAGEIRO
Marca : I/WUYANG WY48Q-2 Cor : BRANCA
Categoria : PARTICULAR Ano Fabric/Modelo : 2013/2014
Combustivel : *** GASOLINA *** Motor

VISTORIA P/SERVICO DE: 201 - ITENS REPROVADOS

☐ Chapeamento	☐ Extintor de incendio
☐ Retrovisores interno/externo	☐ Triangulo luminoso de emergencia
☐ Limpadores de parabrisas	☐ Ignicao
☐ Para-choques dianteiro/traseiro	☐ Pneus - antiderrapantes e estepe
☐ Palas internas de protecao c/sol	☐ Bancada - onibus, kombi e taxi
☐ Escapamento: ruido e fumaca	☐ Vidros
☐ Buzina	☐ Freio de mao
☐ Cintos de seguranca	☐ Velocimetro
☐ Iluminacao farois/lanternas, etc.	☐ Lanternas de sinalizacao
☐ Tacografo	☐ Chassi
☐ Motor	☐ Outros

Veiculo apresenta ALTERACAO DE CARACTERISTICA (s/n)? : N

Alteracao de caracteristica AUTORIZADA pelo Detran (s/n)? : N

Veiculo adaptado para DEFICIENTE FISICO (s/n)? : N

Decalque do CHASSI grafitado confere (s/n)? : N

Solicitar CARTA LAUDO a Fabricante do Veiculo (s/n)? : N

Solicitar AUTORIZACAO...

p/Alterar Caracteristica(s/n)? : N
p/Regravar Chassi (s/n)? : N

p/Gravar chassi (s/n)? : N
p/Regravar Motor (s/n)? : N

OBSERVACOES:

LWY139FMA13360516

numero do motor

DIONES LEITE DE S. LIMA

vistoriador Local : JP-VISTORIA SEDE

WY139FMA13360516

grafitagem do chassi

Validade de 30 dias ou servico realizado

Nº 00

PERO JACINTO DA NOVA

Condutor e CPF

Carimbo de S. Lima
Detran-PS-
at. 41582

RECEBIDO

27/08/2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE





Governo do Estado da Paraíba
Departamento Estadual de Trânsito
RELATÓRIO DE VISTORIA DE VEÍCULO

Laudo:	2017D151137	Marca/Modelo:	WUYANG WY48Q-2
Local:		Cor:	BRANCA
Serviço:		Ano de Fabricação:	2013
Placa:	QFQ8248	Ano do Modelo:	2014
Chassi:	LWYMC/204E0013112	Combustível:	*** GASOLINA ***
Tipo do Veículo:	CICLOMOTOR		
Proprietário:	JOSFERNANDO EVANGELISTA DA SILVA	Visitador:	DIONES LEITE DE S. LIMA
Espécie:	PASSAGEIRO	Matrícula:	41688
Categoria:	PARTICULAR		

Placa



07/08/2017 09:43:52 - DETRAN

Dianteira



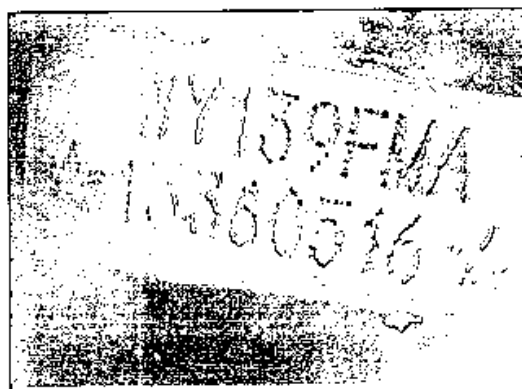
07/08/2017 09:46:37 - DETRAN

Chassi



07/08/2017 09:45:09 - DETRAN

Motor



07/08/2017 09:46:25 - DETRAN

RECEBIDO

22 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFRE





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente JULIO MANOEL BARBOSA DE MOURA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente ROSALVA JACINTO DA SILVA		Nome da Vítima ROSALVA JACINTO DA SILVA	CPF da Vítima 04618120452
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☒ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações ENTREGUES: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO E DECL. DE AUSENCIA DO IML, 83 988874839 - SR. CESAR.	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitadas) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0125429

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

Documentos Básicos:

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

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTE ESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDERECO 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)
- ☒ CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA 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 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEREA 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMACIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEIQUÁRIO 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA 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 16 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 PREVIDENTE VALER R\$ 1.947,4.
- 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 E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 027 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA - 24.08.2019

IDENTIDADE - 3.698.868

ASSINATURA - SUELIO MOREIRA TORRES

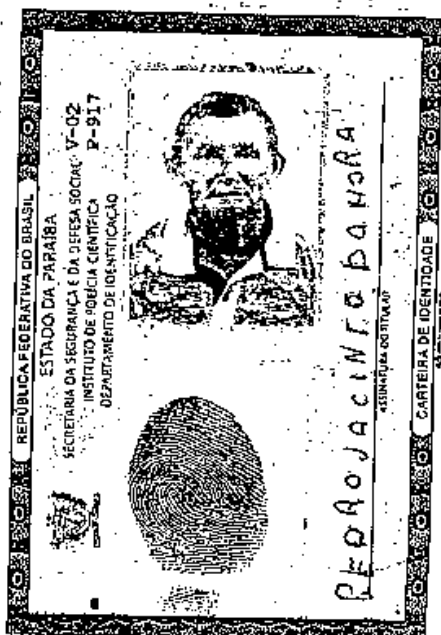
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA - 24/08/19

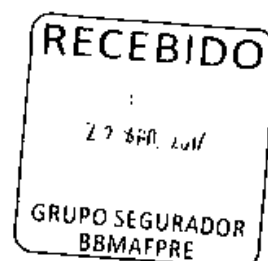
NOME - SUELIO MOREIRA TORRES

ASSINATURA - SUELIO MOREIRA TORRES





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 1.263.020 - 2 VIA	DATA DE EMISSÃO 24/07/2017
NOME PEDRO JACINTO DA HORA	
FILIAÇÃO JACINTO DA HORA	
MATERIALEZA MARIA FUSTINO DE BRITO	
NATURALIDADE JOÃO PESSOA - PB	
DOC ORIGEM NASC. N. 12682 FLS. 55 LIV. A27	
CARTÓRIO CARDELO - PB	
CPF 610.081.334-34	DATA DE NASCIMENTO 08/07/1961
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	



D E C L A R A Ç Ã O

Com amparo na **LEI Nº 9.862** de 13 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial do Estado de 17 de julho de 2012, **DECLARO**, junto ao **DETRAN/SEFIN**, que resido à Rua/Avenida:

R. SEVERINA FERREIRA,
nº 24, Complemento: CASA,
Bairro: ERIVANE SATINO,
Cidade: JOÃO PESSOA,
CEP: 58000-00, Fone: () 9.8665-3560

Fico **CIENTE** que na falsidade destas informações, estarei sujeito (a) às penas da legislação pertinente.

João Pessoa 04 / AGOSTO / 2012

Y PEDRO JAINYO PARRA

(DECLARANTE)

Rg nº: 1.263.070

CPF: 610.031.334-34

