

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592656                      Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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



---

**Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190592656**

**Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA**

**Data do Acidente: 13/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592656

Vítima: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000010002131-X

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364718159 3 - CPF da vítima: 107.437.914-44 4 - Nome completo da vítima: Mikael Aguiar Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mikael Aguiar Pereira da Silva 6 - CPF: 107.437.914-44  
7 - Profissão: Agente de seguros 8 - Endereço: Rua José Raimundo 9 - Número: 514 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99192-8028

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(viúvulo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

Assinatura digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, João Pereira 18/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364718119 3 - CPF da vítima: 107.437.914-44 4 - Nome completo da vítima: Mikael Aguiar Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mikael Aguiar Pereira da Silva 6 - CPF: 107.437.914-44  
7 - Profissão: Agente de vendas 8 - Endereço: Rua José Raimundo 9 - Número: 514 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pindamonhangaba 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58273-000  
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (21) 99192-8028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0341 1 CONTA: 2031 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 23/10/2019

x Mikael Aguiar Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACÖES BANCO DO BRASIL  
19/10/2019 AUTO-ATENDIMENTO 14.02.55  
219173197 241

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DA CONTA CORRENTE PARA POUPOANÇA

DEBITADO

AGENCIA: 2191-1 CONTA: 10.242-3  
CLIENTE: DAMIÃO ANTONIO DA SILVA

FAVORECIDO

AGENCIA: 2191-1 CONTA: 2.131-3 VAR: 51  
CLIENTE: MIKAEL A PESSOA SILVA  
VALOR: 10,00

TRANSFERENCIA IMEDIATA

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

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 568/2019



Aos 16 dias de outubro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 12h:43min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**MIKAEL AGRÍCIO PESSOA DA SILVA**, conhecido por , RG nº 4.150.163-SSP/PB, CPF nº 107.437.914-44, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Edinaldo Pessoa da Silva e Marlene Pessoa da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 10/01/1999, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pau d'Arco de Cima, S/N, nº , bairro: -Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: px. fazenda da Drª SOCORRO, fone(s) para contato: (83) 98689-7944.

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: 13 de maio de 2019;
- 3) HORÁRIO: 12h:30min;
- 4) LOCAL: na rua principal nº , bairro Centro-Pedro Régis/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa;
- 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? PREJUDICADO.

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

HONDA/CG 150 TITAN KS, NIV: 9C2KC08105R033316, ano/modelo: 2004/2005, cor vermelha, placa: MNX-7329/PB, licenciada em nome de EDINALDO PESSOA DA SILVA.

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

NÃO HOVE.

**11) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE o notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, quando um veículo não identificado entrou abruptamente em uma rua transversal; QUE o notificante não conseguiu frear a tempo e colidiu na lateral do veículo, cujo condutor se evadiu do local; QUE em seguida o notificante foi socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa.

**12) OBSERVAÇÕES:**

**ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 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.

  
**MIKAEL AGRÍCIO PESSOA DA SILVA**  
Comunicante

  
Kennedy De Carvalho Andrade  
Escrivã(o)/AgenteMat. nº 155.335-6

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364718159 3 - CPF da vítima: 107.437.914-44 4 - Nome completo da vítima: Mikael Aguiar Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mikael Aguiar Pereira da Silva 6 - CPF: 107.437.914-44  
7 - Profissão: Agente de seguros 8 - Endereço: Rua José Raimundo 9 - Número: 514 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58273-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99192-8028

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

Informação digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, João Pereira 18/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO RÉGIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE SEVERINA FERNANDES

### **DECLARAÇÃO**

Declaro que o paciente MIKAEL AGRÍCIO PESSOA DA SILVA;portador do RG-4.150.163/SSDS-PB;nascido em 10/01/1999,foi atendido pelo pala ambulância o Município de Pedro Régis, em 13/05/2019 às 12:30 minutos,na PB 071-no-NA RUA MIGUEL LUIZ,CENTRO, MUNICÍPIO DE PEDRO RÉGIS-PB,vítima de acidente DE QUEDA DE MOTOCICLETA ,consciente, orientado ,com trauma no pé direito ,com fratura exosta e suspeita de lesão de tendão ,onde foi realizado imobilização .Foi realizado o atendimento pré-hospitalar-APH pela a equipe do município e remoção do paciente para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY-ORTOTRAUMA-JOÃO PESSOA-PB .

Pedro Régis,30 de Maio de 2019;

MARIA APARECIA INOCENCIO E ARAÚJO GABÍNIO-COREN 55583-ENF

(COORDENADORA DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE SAÚDE SEVERINA FERNANDES)

  
M<sup>te</sup> Aparecida Inocência de A. Gabino  
Enfermeira  
COREN-PB 55583

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010002131-X

---

Nr. da Autenticação 5C4D115BFB3BF82A

JOSE ANTONIO TRAJANO SOBRINHO  
RUA JOSE ROSENDO, S/N - CENTRO  
PEDRO REGIS / PB CEP 58273000 (AG 14)



Ligação: MONOFÁSICO  
Cis/Sbc: RES MTCB1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDIDA  
Fone: 7 - 30 - 611 - 4322  
Medidor: 00008407719

Referência: Mai / 2019  
Emissão: 13/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.805.850  
Cód. para Déb. Automático: 00015362346

Atendimento ao Cliente ENERGISA

**0800 083 0196**

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

CPF / CNPJ / RANI

Mai / 2019

13/05/2019

11/06/2019

101.463.954-92

Insc. Est.

**UC (Unidade Consumidora):**

**5/1536234-6**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacina-brasil](http://saude.gov.br/vacina-brasil)

## CERTIDÃO

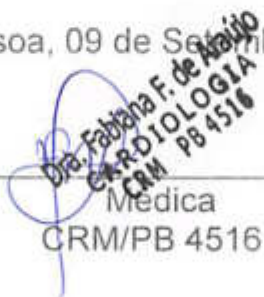
Nº. 1478/2019

Atendendo solicitação de ABRAÃO COSTA FLORÊNCIO DE CARVALHO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº229042 e Prontuário Nº 2019.05.1539 pertencentes ao paciente **MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA** que foi atendido dia 13/05/2019 às 14h37min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do hálux direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/05/2019. Com alta médica dia 14/05/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de Setembro 2019

  
Dra. Fabiana F. de Araújo  
RADIOLOGIA  
CRM PB 4516  
Médica  
CRM/PB 4516

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58055-200 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 229042- Atd: Nao Regul.  
Data: 13/05/2019  
Hora: 14:37:53  
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S.  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.05.001539

Nome: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

CNS: 706309709564774 Sexo: M IDENTIDADE: 4150163 Fone: 886897944

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 10/01/1999 Id: 20 ano(s)

End.: NAO SOUBE INFORMAR,0

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRO REGIS UF: PB

Mae: MARLENE PESSOA DA SILVA

Pai: EDINALDO PESSOA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MECANICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE DE PEDRO REGIS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COL. CARROXIMOTO PEDRO REGIS WJ, CONDUTOR

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao 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

TRAUMA EM DEDO DO PE

Refer queda mano to

et trauma no pe dir.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

EF: lesao de tendao.

ext. Hallux.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

5F091. 1000mg IV.

Dipirona 1000mg + AD IV.

AO Bolaca Curacao

Dr. Alisson F. F. Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PA 88142/PA  
Rég. 5807 12814

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

*Ranilla de Lima Barbalho*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> Michael Aguiar P. do Silo				<b>Registro:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Cor:</b>	<b>Clínica:</b>	<b>EMP:</b>	<b>LR:</b>
<b>Data:</b>	<b>Cirurgião:</b> Dr. Alisson			<b>1º Assistente:</b> Dr. Hartmann	
<b>2º Assistente:</b>		<b>3º Assistente:</b>		<b>Instrumentador:</b>	
<b>Anestesista:</b>		<b>Tipo Anestesia:</b>		<b>Horário:</b> I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
fratura exposta Halux D. Lesão tendão extensor longo do Halux					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
O mesmo					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
- Trat. cirúrgico de fratura do Halux - Tendão.					
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico</b>			<b>Descreva:</b>		
1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
<b>Biópsia de Congelação:</b>					
1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b>					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente em DV sob anestesia  
 Rotina asséptica e UV.  
 Observado fratura descolada do  
 Halux I (Trombofilia) diga lenço

## Incisão:

do tendão extensor longo do  
 Halux.

Lavagem exaustiva e 500g  
 Trombofilia. +

## Achados:

Fixação com 01 fio 6.  
 Sut. vic + anafivo

## Conduta:

DR. ANSELMO F. F. VIEIRA  
 Otorrinolaringologista  
 CRM-PB 0873/CRM-PE 17808  
 SBO 12814

## Fechamento:

## OBS:

Data: 13/03/19

MÉDICO/CRM



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

DATA DE ADMISSÃO	17/05/19
DATA DE ALTA	14/05/19
DIAGNÓSTICO INICIAL	Lesão de tendão do punho da mão direita
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Lesão de tendão do punho da mão direita
OUTROS DIAGNÓSTICOS	Lesão de tendão do punho da mão direita
PRINCIPAIS EXAMES	Tendão do punho da mão direita

PROCEDIMENTO REALIZADO: *Artroscopia + fixação com fio X.*

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	
CATAMPA PATOLÓGICA	
INFECÇÃO F.O.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLÓGICO	
COMPLICAÇÃO DE ALTA	

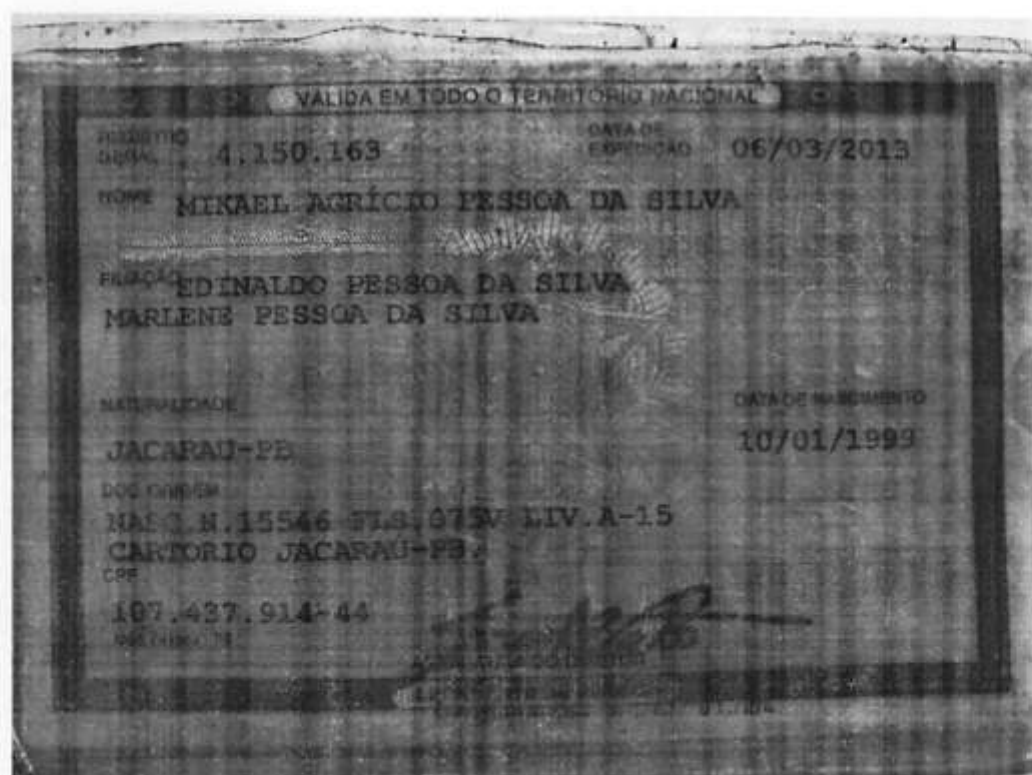
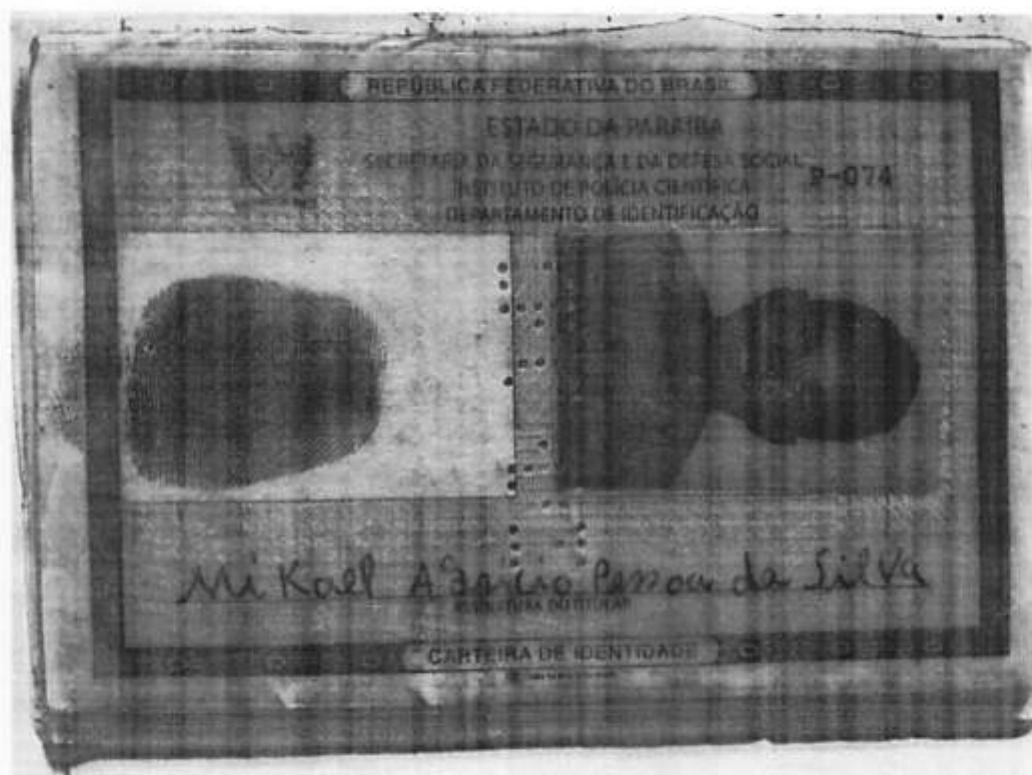
MELHORADO	REMOVEDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
-----------	----------	----------	--------	-------

RESUMO CLÍNICO: *paciente mulher, 45 anos, com trauma de punho da mão direita, apresentando dor e inchaço no local, evoluiu com tratamento conservador sem melhorias, submetida a artroscopia com fixação do tendão do punho da mão direita com fio X, evoluindo com boa evolução, sem complicações.*

DIETA:	<i>Al. Val</i>
REPOUSO:	Relativo em casa por <i>15</i> dias
RETORNO ÀS ATIVIDADES SEM ESFORÇO FÍSICO EM	<i>15</i> dias
RETORNO ÀS ATIVIDADES COM ESFORÇO FÍSICO LEVE EM	<i>15</i> dias
RETORNO ÀS ATIVIDADES COM ESFORÇO FÍSICO MAIOR EM	<i>15</i> dias

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: *Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.*

MEDICAÇÕES PARA CASA:	<i>Clonazepam 0,5mg + Alginato 1000</i>
RETORNO	Ào posto de saúde em <i>15</i> dias
DATA	<i>14/05/19</i>



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 011755324248

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0083865680-3 00/00000000 EXPIR 015

EDINALDO PESSOA DA SILVA NOME

04269371914 CNPJ MNX7329/PB

PLACA ANT / UN 9E2KC08105R033316

PAS/MOTOCICLETA NÃO APLIC GASOLINA

2004 2005

CAP 1600 / 1000 PARCELA 13000000

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC / COTAS  
1ª  
2ª  
3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 PREMIO FOTOGRAFIA 0,00  
SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMENIO  
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VALIDE PARA TRANSFERENCIA

JACARA LOCAL 322  
Aristeu Chaves Sousa  
21/09/2015  
DATA 16152

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190592656 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 29/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO (LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG.4/5\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 011755324248

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0083865680-3 00/00000000 EXPIR 015

EDINALDO PESSOA DA SILVA NOME

04269371914 CNPJ MNX7329/PB

PLACA ANT / UN 9E2KC08105R033316

PAS/MOTOCICLETA NÃO APLIC GASOLINA

2004 2005

CAP 1600 / 1000 PARCELA 13000000

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC / COTAS  
1ª  
2ª  
3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 SEGURO - PREMIO TOTAL (R\$) 21/09/2015  
SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOWENIO  
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VALIDE PARA TRANSFERENCIA

JACARA LOCAL 322  
Aristeu Chaves Sousa  
21/09/2015  
DATA 16152

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364718/19

**Vítima:** MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

**CPF:** 107.437.914-44

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 13/05/2019

**Titular do CPF:** MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA : 107.437.914-44**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019  
Nome: MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA  
CPF: 107.437.914-44

MIKAEL AGRICIO PESSOA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019  
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA  
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA