

---

**Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190348907**

**Vítima: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA**

**Data do Acidente: 11/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

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

**Senhor(a), JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA**

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, 11 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190348907**

**Vítima: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA**

**Data do Acidente: 11/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000041497-0**

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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0174774134

CPF da vítima:

031.356.054-42

Nome completo da vítima:

JOSINO DE SOARES DA SILVA LANGELESTA

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

Nome completo:

JOSINO DE SOARES DA SILVA LANGELESTA

CPF:

031.356.054-42

Profissão:

Emp. Doméstica

Endereço:

RUA PROTETAS

Número:

86

Complemento:

-

Bairro:

COSTA DO SOL

Cidade:

J. PESSOA

Estado:

PA

CEP:

58.000-00

E-mail:

Tel.(DDD):

03199811-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1036

CONTA:

10454970

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Josino Torres 28/10/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josino de Soares da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



**DADOS DO ACIDENTE**

|                                                                                                 |                                                                                     |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nº BOAT<br><b>0824 - 2018</b>                                                                   | Responsável pelo Levantamento do Acidente:<br><b>DANILO MANOEL DA SILVA CAMPELO</b> | Posto/Graduação:<br><b>CB/PM</b>                          |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:<br><b>AV. Flávio Ribeiro Coutinho</b> | Hora<br><b>17:37</b>                                                                | Bairro<br><b>Manaíra</b>                                  |
| Município:<br><b>João Pessoa</b>                                                                | UF<br><b>PB</b>                                                                     |                                                           |
| Data da Ocorrência<br><b>11/11/2018</b>                                                         | Dia da Semana<br><b>Domingo</b>                                                     | C/S Vítima (QT)<br><b>Com 02</b>                          |
| Tipo de Acidente<br><b>Col. Transversal</b>                                                     | Tipo de pavimento<br><b>Asfalto</b>                                                 | Condições da Pista<br><b>Seca</b>                         |
| Condições do Tempo<br><b>Bom</b>                                                                | Envolvidos no acidente (Quantidade)<br><b>02 Veículos</b>                           | Controle do tráfego<br><b>Pista Dupla / Sentido Duplo</b> |

**CONDUTOR 01**

|                                                                                              |                           |                                        |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| Nome<br><b>Valdir Soares Borges</b>                                                          | Sexo<br><b>Masculino</b>  | Nascimento<br><b>18/03/1971</b>        | RG<br><b>12172715</b>     |
| Endereço<br><b>Rua Celina Paiva nº 261, Mandacaru, João Pessoa PB. Tel.(083)98812 - 6205</b> |                           |                                        |                           |
| 1ª Habilitação<br><b>12/04/2007</b>                                                          | Categoria<br><b>A</b>     | Registro CNH N.º<br><b>04075179100</b> | U.F.<br><b>PB</b>         |
| Exame de Embriaguez Alcoólica                                                                | Ex.méd./Dia<br><b>Sim</b> | Data Vencimento<br><b>16/01/2022</b>   | Usava cinto<br><b>Sim</b> |
| Destino do Condutor<br><b>Socorrido ao Hospital de Trauma</b>                                |                           |                                        |                           |

**VEÍCULO 01**

|                                                                  |                                    |                                   |                                      |                                 |                   |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Marca/Modelo<br><b>Honda/XRE 300</b>                             | Espécie<br><b>Motocicleta</b>      | Placa<br><b>QFD 4590</b>          | Categoria<br><b>Particular</b>       | Município<br><b>João Pessoa</b> | U.F.<br><b>PB</b> |
| Nome do Proprietário<br><b>Valdir Soares Borges</b>              |                                    |                                   |                                      |                                 |                   |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                                       | Bilhete N.º<br><b>013748689623</b> | Renavan N.º<br><b>01023446445</b> | Data da Emissão<br><b>30/10/2017</b> |                                 |                   |
| Condições do Veículo Antes do Acidente<br><b>Nada constatado</b> |                                    |                                   |                                      |                                 |                   |

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTran no dia 17/01/2019 as 12:10, declarou que: trafegava na via B na faixa da direita no sentido Cabo Branco/Bessa, quando aproximou-se do cruzamento com a via A, observou que o semáforo estava fechado, o mesmo parou quando deu saída, foi atingido pelo veículo que avançou o sinal vermelho e assim não foi possível evitar o acidente.

**CONDUTOR 02**

|                                                                                                                             |                           |                                        |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| Nome<br><b>Maria Zelita Mamede Santana</b>                                                                                  | Sexo<br><b>Masculino</b>  | Nascimento<br><b>08/09/1955</b>        | RG<br><b>445879</b>       |
| Endereço<br><b>Rua, Josemar Rodrigues de Carvalho, 436, Apto 506/ Jardim Oceania, João Pessoa, PB – Tel.(083)98896-0817</b> |                           |                                        |                           |
| 1ª Habilitação<br><b>13/11/1997</b>                                                                                         | Categoria<br><b>B</b>     | Registro CNH N.º<br><b>02805993909</b> | U.F.<br><b>PB</b>         |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Sim ( 0,00 mg/l )</b>                                                                   | Ex.méd./Dia<br><b>Sim</b> | Data Vencimento<br><b>09/11/2022</b>   | Usava cinto<br><b>Sim</b> |
| Destino do Condutor<br><b>Permaneceu no local</b>                                                                           |                           |                                        |                           |

**VEÍCULO 02**

|                                                                  |                                    |                                  |                                      |                                 |                   |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Marca/Modelo<br><b>VW/Fox</b>                                    | Espécie<br><b>Automóvel</b>        | Placa<br><b>QFJ 5096</b>         | Categoria<br><b>Particular</b>       | Município<br><b>João Pessoa</b> | U.F.<br><b>PB</b> |
| Nome do Proprietário<br><b>Maria Zelita Mamede Santana</b>       |                                    |                                  |                                      |                                 |                   |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                                       | Bilhete N.º<br><b>014201504049</b> | Renavan N.º<br><b>0105644312</b> | Data da Emissão<br><b>06/09/2018</b> |                                 |                   |
| Condições do Veículo Antes do Acidente<br><b>Nada constatado</b> |                                    |                                  |                                      |                                 |                   |

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor declarou que: trafegava na via A, na faixa da esquerda, sentido Praia/Centro, quando ao passar pelo cruzamento com o semáforo verde, de repente aconteceu o impacto sendo surpreendida.



ATA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com a Original  
EM 21/01/2019  
ASSINATURA

## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0824 - 2018

## VÍTIMA 01

|                                                                        |                                             |                                 |                                    |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Nome<br><b>Valdir Soares Borges</b>                                    | Sexo<br><b>Masculino</b>                    | Nascimento<br><b>18/03/1971</b> | Viajava no Veículo Nº<br><b>V1</b> |
| Endereço<br><b>Rua Celina Paiva nº 261, Mandacaru, João Pessoa PB.</b> |                                             |                                 |                                    |
| Condição da Vítilma<br><b>Condutor</b>                                 | Conduzida Para<br><b>Hospital de Trauma</b> | Usava Cinto                     | Usava Capacete                     |

## VÍTIMA 02

|                                                                        |                                             |             |                                    |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|------------------------------------|
| Nome<br><b>Josineide Soares da Silva</b>                               | Sexo<br><b>Feminino</b>                     | Nascimento  | Viajava no Veículo Nº<br><b>V1</b> |
| Endereço<br><b>Rua Celina Paiva nº 261, Mandacaru, João Pessoa PB.</b> |                                             |             |                                    |
| Condição da Vítilma<br><b>Passageira</b>                               | Conduzida Para<br><b>Hospital de Trauma</b> | Usava Cinto | Usava Capacete                     |

## CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: no local foram encontrados vestígios de fricção das partes metálicas do V1, com o solo medindo 24 metros, iniciando no cruzamento com a via B.

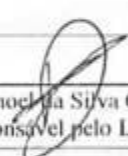
Não foi possível coletar melhores dados do C1, pois no momento, este recebia atendimento médico; os semáforos funcionavam normalmente.

João Pessoa – PB, 07 de Dezembro de 2018

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 21 / 01 / 2019

ASSINATURA

  
Danilo Manoel da Silva Campelo – CB PM  
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0824 / 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Av. Governador Flavio Ribeiro Coutinho - 10,00metros

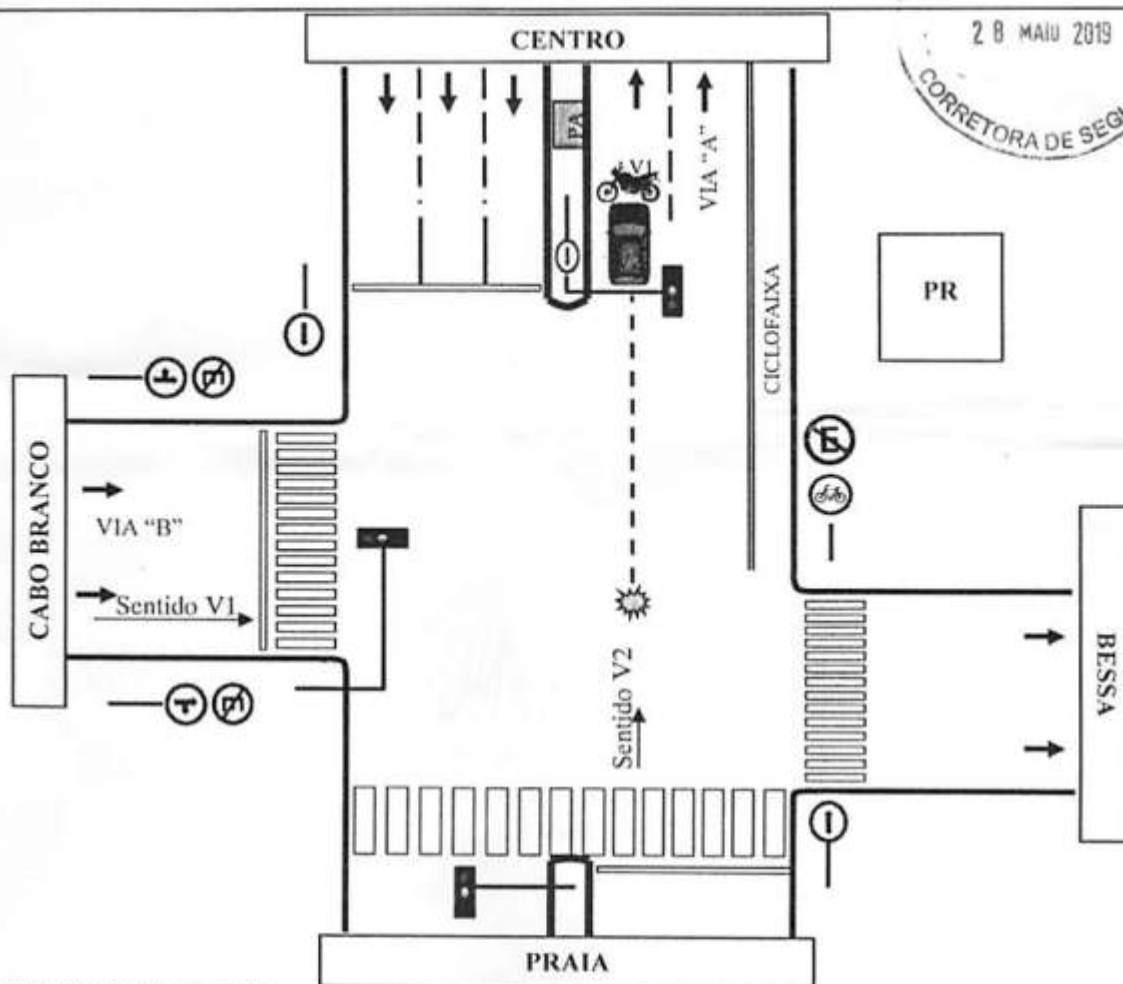
VIA "B" - Rua Da Candelária

PR (Ponto de Referência) Skate Manáira

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

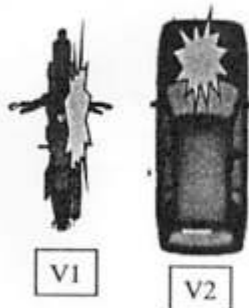
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 04.20 e Traseiro Esquerdo 05.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Esquerdo 05.00 e Traseiro Esquerdo 07.20 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 21/05/2019

ASSINATURA

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM  
Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO





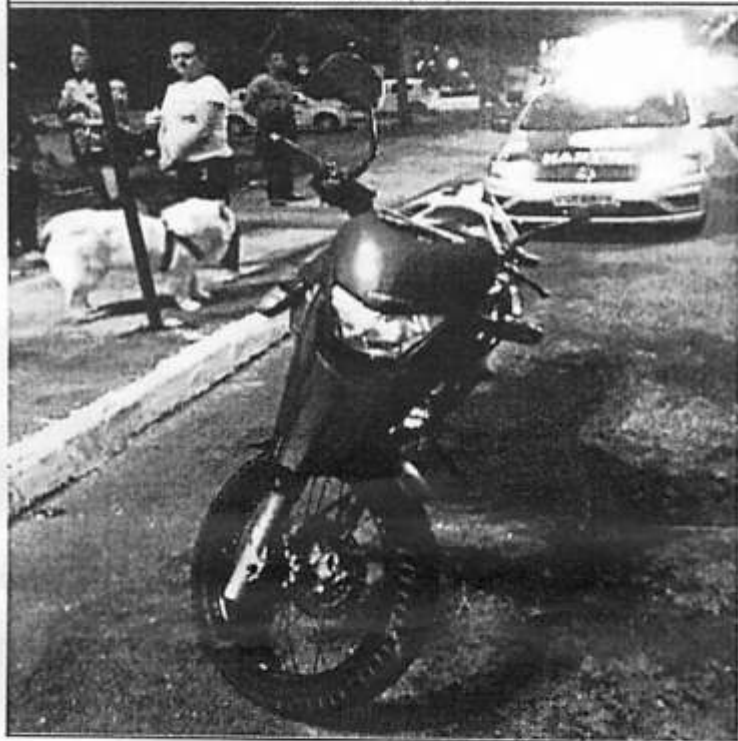
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0824 / 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 21/01/2019

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM  
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0824 / 2018.

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 21/01/2019  
ASSINATURA

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM  
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0824 - 2018

DANOS NO V1

|                                       |                           |                                                    |                            |
|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|
| Marca/Modelo:<br><b>Honda/XRE 300</b> | Placa:<br><b>QFD 4590</b> | Responsável pelo Preenchimento:<br><b>CB Silva</b> | Data:<br><b>11/11/2018</b> |
|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item |                                      | Avaliação |     |    | Item                   |                           | Avaliação |     |    |
|------|--------------------------------------|-----------|-----|----|------------------------|---------------------------|-----------|-----|----|
|      |                                      | Sim       | Não | NA |                        |                           | Sim       | Não | NA |
| 01   | Garfo dianteiro                      |           | x   |    | 05                     | Chassi                    |           | x   |    |
| 02   | Mesa superior da suspensão dianteira |           | x   |    | 06                     | Garfo traseiro            |           | x   |    |
| 03   | Mesa inferior da suspensão dianteira |           | x   |    | 07                     | Eixo traseiro (tríciclos) |           | x   |    |
| 04   | Coluna de direção                    |           | x   |    | Total Geral (Sim + NA) |                           |           | 0,0 |    |

Observações: PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

|                                                         |                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|
| Quantidade de peças estruturais danificadas = 0         | -> DANO DE PEQUENA MONTA |
| Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4    | -> DANO DE MÉDIA MONTA   |
| Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 | -> DANO DE GRANDE MONTA  |

DANOS NO V2

|                                |                           |                                                    |                            |
|--------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|
| Marca/Modelo:<br><b>VW/Fox</b> | Placa:<br><b>QFJ 5096</b> | Responsável pelo Preenchimento:<br><b>CB Silva</b> | Data:<br><b>11/11/2018</b> |
|--------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item |                                        | Avaliação |                        |    | Item |                                       | Avaliação |     |     |
|------|----------------------------------------|-----------|------------------------|----|------|---------------------------------------|-----------|-----|-----|
|      |                                        | Sim       | Não                    | NA |      |                                       | Sim       | Não | NA  |
| 01   | Painel corta-fogo                      |           | x                      |    | 12   | Longarina traseira esquerda           |           | x   |     |
| 02   | Longarina dianteira esquerda           |           | x                      |    | 13   | Assoalho porta malas ou caçamba       |           | x   |     |
| 03   | Caixa de roda dianteira esquerda       |           | x                      |    | 14   | Longarina traseira direita            |           | x   |     |
| 04   | Estrutura da soleira esquerda          |           | x                      |    | 15   | Caixa de roda traseira direita        |           | x   |     |
| 05   | Air Bags frontais                      |           | x                      |    | 16   | Estrutura da coluna traseira direita  |           | x   |     |
| 06   | Air Bags laterais                      |           | x                      |    | 17   | Estrutura da soleira direita          |           | x   |     |
| 07   | Estrutura da coluna dianteira esquerda |           | x                      |    | 18   | Estrutura da coluna central direita   |           | x   |     |
| 08   | Estrutura da coluna central esquerda   |           | x                      |    | 19   | Estrutura da coluna dianteira direita |           | x   |     |
| 09   | Estrutura da coluna traseira esquerda  |           | x                      |    | 20   | Assoalho central direito              |           | x   |     |
| 10   | Caixa de roda traseira esquerda        |           | x                      |    | 21   | Caixa de roda dianteira direita       |           | x   |     |
| 11   | Assoalho central esquerdo              |           | x                      |    | 22   | Longarina dianteira direita           |           | x   |     |
|      |                                        |           | Total Geral (Sim + NA) |    |      |                                       |           |     | 0,0 |

Observações: PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

|                                                                 |                          |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 | -> DANO DE PEQUENA MONTA |
| Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 | -> DANO DE MÉDIA MONTA   |
| Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6      | -> DANO DE GRANDE MONTA  |

João Pessoa-PB, 07 de Dezembro de 2018

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 21/01/2019  
ASSINATURA

Danilo Manoel da Silva Campelo - CB PM  
Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 017474139

CPF da vítima: 031.356.054-42

Nome completo da vítima: JOSÉ ROBERTO SOARES DA SILVA

Nome completo: JOSÉ ROBERTO SOARES DA SILVA

Profissão: FISCAL DE CONTRIBUIÇÃO

Bairro: F. ROCHA

Cidade: F. ROCHA

Estado: RJ

CEP: 28.109-100

Tel. (DDD): 031.356.054-42

E-mail:

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036

CONTA: 0045970

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0036

CONTA: 0045970

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO:

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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.

## 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Se a vítima deixou companheira: ☐ Sim ☐ Não

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: ☐ Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasceu (val nascer)?

Vítima deixou

país/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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

Nome:

Local e Data,

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

2º Nome:

CPF:

1º Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# 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: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000041497-0

---

Nr. da Autenticação A3DAF4E449FDE94C

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 024.999.889



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58011-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA SOARES DOS SANTOS  
RUA PROJETADA 85  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/221181-1

### REFERÊNCIA

MAI/2019

### APRESENTAÇÃO

16/05/2019

### CONSUMO

282

### VENCIMENTO

23/05/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 264,92

CEP: 58.000-000 - JOÃO PESSOA

1 BAIXADO: 0097A 00.000

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



MARIA DE FATIMA SOARES DOS SANTOS

Roteiro: 10-006-318-4080

83690000002-4 64920149000-4 02211812019-9 05800006019-2

### VENCIMENTO

23/05/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 264,92

### MATRÍCULA

221181-2019-05-8



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 024.012.368



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE  
RUA FRANCISCO LEODADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

### REFERÊNCIA

ABR/2019

### APRESENTAÇÃO

25/04/2019

### CONSUMO

172

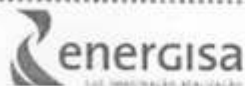
### VENCIMENTO

03/05/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 158,77

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



DESTAQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 16-006-213-1150

83620000001-3 58770149000-1 10823142019-2 04400006019-2

### VENCIMENTO

03/05/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 158,77

### MATRÍCULA

1082314-2019-04-4





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA |
| DATA DE NASCIMENTO | 20/05/79                              |
| NOME DA MÃE        | MARIA DE FATIMA SOARES                |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.121.565                        |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 11/11/18                         |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 18:03                            |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA          |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FRATURA EXPOSTA DE PERNA DIREITA |
| CID 10                 | S82.9                            |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em membro inferior direito, dor na perna direita, dor em ombro direito, nega perda da consciência. Relato de presença de fratura exposta em perna direita. Paciente informa possibilidade de gravidez. Beta HCG negativo.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax  
RX de bacia  
RX de coluna cervical  
RX de coxa direita  
RX de joelho direito  
RX de perna direita  
RX de pé direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de perna direita.

### TRATAMENTO:

Primeiro atendimento.

|                  |          |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 11\11\18 |
| DATA DA EMISSÃO: | 22\03\19 |

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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



## CERTIDÃO

Nº. 0577/2019

Atendendo solicitação de **JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA** de 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 nº180840 e Prontuário nº 2018.11.1462 pertencente ao **MESMO** requerente foi atendido dia 12/11/2018 às 00H11min, vítima de colisão de moto x carro apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/11/2018 com alta médica dia 30/11/2018.

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

João Pessoa, 17 de abril de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) CNPJ:

Ficha Nr: 180840 Atd: Nao Regi  
Data: 12/11/2018  
Hora: 00:11:09  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSINEIDE SOARES DA SILVA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: SEM GNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988770062 Num. Prontuario: 2018.11.001462  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/05/1979 Id: 39 ano(s)  
End.: RUA / VILA DOS PESCADORES, 0  
Bairro: PENHA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: MARIA DE FATIMA SOARES DOS SANTOS Pai: JOSEMIR ALEXANDRINO DA SILVA  
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: DONA-DE-CASA Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO  
Resp.: IRMA/ JOSICLEIDE  
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO+CARRO HJ AS  
Vitima de violencia por: 17:00, EM MANAIRA  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[X] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADA DO HEETSHL, CONFORME  
PACTUACAO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Queixa Principal  
TA EM MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao  
|  
|



23/11/18 Psicologia

no momento, paciente consciente, orientada contatando, labilidade emocional, humor relaxado, ansiosa qnt ao seu quadro clínico geral - próximo a recuperação. Ainda elaborando a viésão do seu atropelamento, que ocasionou fratura. Aguarda condicoes de pele p/ agendar cirurgia. Queixa-m de dificuldade p/ dormir e inapetência.

Feita visita ativa e opio 4

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Alana Gomes  
Psicóloga  
CRP-124129

Alana C.  
Psicóloga  
CRP-124129



#### ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

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

*Leila de S. da Silva*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em DDH  
Anestesia e anti-ressaca  
Aposição de campos estéril

### Incisão:

Anterior em linha

### Achados:



### Conduta:

Redução cruenta + fixação com placa DCP  
de 8 furos + parafusos  
Lavagem com SF 0,9%  
Sutura por pleco  
Limpieza  
Curativos  
Radiografia de controle

### Fechamento:

### OBS:

Data: 29/11/18

Jr. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248

MÉDICO/CRM



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: Fx 20 anos 20 anos DConduta: I - 1000 PI 1000 a/mo



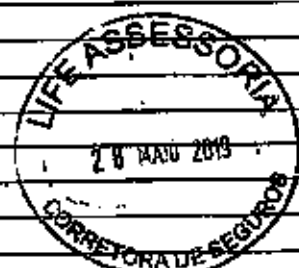
## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/06/11

Nome: João Paulo da Silva  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: Doença da Orelha

HDA: Por Doença da Orelha com 20% de Risco de Glicose



Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

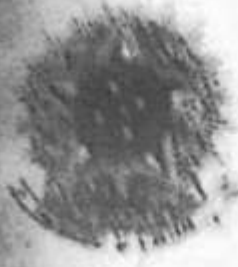
**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**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-reposso [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor \_\_\_\_\_



# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP  
**162.38425.74-2**

|                          |                      |                 |
|--------------------------|----------------------|-----------------|
| NÚMERO<br><b>1286097</b> | SÉRIE<br><b>0040</b> | UF<br><b>PB</b> |
|--------------------------|----------------------|-----------------|

*Frederico Soares da S. Evangelista*

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

**JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA**

FILIAÇÃO.....: JOSEMIR ALEXANDRINO DA SILVA  
MARIA DE FATIMA SOARES

NASCIMENTO.....: 20/05/1979 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL....: CASADO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO.....: C. I. 2397368 28/05/2007 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 031.356.054-42 CNH.....:

TIT. ELEITOR: 25847691244 SEÇÃO: 0140 ZONA: 076

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 11/05/2012



*Rodolfo R. Catão*  
Rodolfo Ramalho Catão  
Superintendente Regional do Emprego na Paraíba

ASSI



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348907 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSINEIDE SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
EVANGELISTA

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

**Data da análise:** 30/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: JOSINEIDE SOARES DA SILVA PRANCHISTA  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: VIÚVA  
Profissão: PAZ. DOMÉSTICA  
Identidade: 2397368 CPF: 031.356.054-42  
Endereço: MA PROTEJA - COSTA DO SOL - 85

### OUTORGADO:

Nome: DAMILO DE ARAÚJO NOGUEIRA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CADU  
Profissão: OUTO NÔM  
Identidade: 1929439 CPF: 021.762.164-31  
Endereço: UA FRANCISCO ARAÚJO R. COSTA DO SOL - 201

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima:

Data do sinistro: 11/11/2018 Natureza: INVALIDEZ

JOÃO PESSOA,



1º OFÍCIO  
DISTRITAL  
OUTORGANTE:

CPF:

NOME

OBS: RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICAÇÃO



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0179714/19

**Vítima:** JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

**CPF:** 031.356.054-42

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/11/2018

**Titular do CPF:** JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA : 031.356.054-42

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019  
Nome: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA  
CPF: 031.356.054-42

\_\_\_\_\_  
JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA