

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2015

Carta nº: 6451467

A/C: JURACI DOS SANTOS

Sinistro: 3150190153
Vitima: JURACI DOS SANTOS
Data Acidente: 13/11/2014
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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Março de 2015

Carta nº: 6565380

A/C: JURACI DOS SANTOS

Sinistro: 3150190153
Vítima: JURACI DOS SANTOS
Data Acidente: 13/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

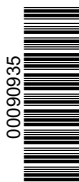
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2015

Carta nº: 6722286

A/C: JURACI DOS SANTOS

Sinistro: 3150190153
Vítima: JURACI DOS SANTOS
Data Acidente: 13/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JURACI DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 001

Agência: 000001234-3

Conta: 0000028548-X

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros
dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.012,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 1.012,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150190130 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **BRENO DIEGO ARAUJO DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA RIO AMAJARI nº 506 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA/RR**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3537960 - SSP**
Data local do exame: **27/03/2015 BOA VISTA/RR**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO ALTA MÉDICA DEFINITIVA

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO MODERADA NA FLEXO EXTENSAO E ROTACAO DO TORNOZELO ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

QUEIMADURAS PREVIAS EM MMII

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 27/03/2015

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM


Julio Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM: 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: 01/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JURACI DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01234-3

CONTA: 000000028548-X

Nr. da Autenticação DA81F3088AD6E92E



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO 3150190153

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, JURACI DOS SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 912178 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 07/11/13 ECPF 440741074-49 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JURACI DOS SANTOS, 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou Ltda.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

04 MAR 2015

PAGINA: _____

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1234-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28.543-X

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

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

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.

João Pessoa, 02 de Março de 2015

LOCAL E DATA

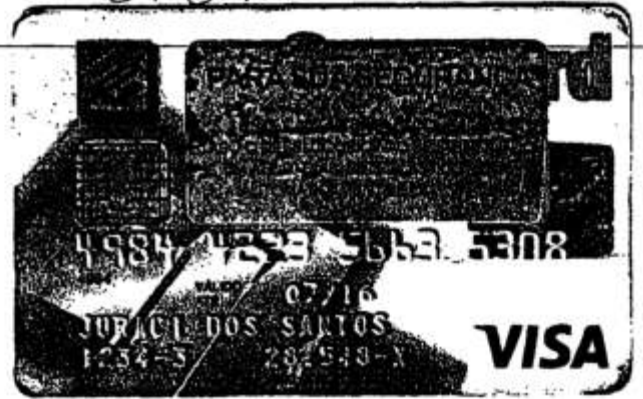
Juraci dos Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a 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.

El CORRENTE



**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

04 MAR. 2015

PÁGINA: _____

02



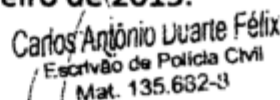
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-5334

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 610/2015

Aos vinte e sete dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 15:40h, compareceu o (a) Senhor (a): **JURACI DOS SANTOS**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, casado, com 51 anos de idade, Agente de Controle Urbano, Alfabetizado, filho de Santana Firmino dos Santos, RG. 912.178-SSP/PB, residente na Rua Otávio Gadelha Seixas, nº 195, Bairro dos Novais, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 13/11/14, por volta das 08:40h, quando conduzia a motocicleta de marca YAMAHA/FACTOR YBR 125K, cor vermelha, ano 2010, de placa NQE-7119/PB, chassi nº 9C6KE1220A0129740, pela Avenida Cruz das Armas, no sentido Cruz das Armas/Oitizeiro, ao chegar nas proximidades do prédio da antiga CEF, após atingir a traseira de um veículo, o notificante caiu ao solo, tendo este sofrido ferimento com lesão de tendão extensor do 3º quirodáctilo esquerdo, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 27 de fevereiro de 2015.


Notificante


Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-3

Escrivão

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

04 MAR. 2015

PÁGINA: 05

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150190153

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JURACI DOS SANTOS

Data do acidente: 13/11/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO C

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: 3º QDE 75%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JURACI DOS SANTOS, portador
da carteira de identidade nº 912178-93 e inscrito no CPF/MF sob o nº
440.741.074-49, residente e domiciliado na RUA OTAVIO GADILHA
SOIXAS, 195, OITIZEIRO, e
Cidade JOAS PESSOA, Estado PARAÍBA, 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
- (X) 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.

Juraci dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS PESSOA, 02/03/15.
Local e data

FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
04 MAR, 2015
06
PÁGINA: _____

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150190153

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JURACI DOS SANTOS

Data do acidente: 13/11/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO COM LESÃO E PERDA DE SUSTÂNCIA DO TENDÃO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEBILIDADE FUNCIONAL DO FECHAMENTO DO TERCEIRO DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA E IMOBILIZAÇÃO. ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODACTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

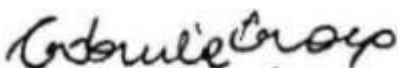
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



LAUDO DECLARATÓRIO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JURACI DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	26/08/63
NOME DA MÃE	SANTINA FIRMINO DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	794.137
DATA DO ATENDIMENTO	13/11/14
HORA DO ATENDIMENTO	09:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Ferimento com lesão de tendão extensor do 3º quirodátilo esquerdo.
CID 10	S66.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de colisão entre moto e carro. Presença de ferimentos no dedos da mão esquerda. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Ferimento de mão esquerda com lesão de tendão extensor do 3º quirodátilo da mão esquerda, houve perda de substância do tendão.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de mão direita AP/Obl
RX de bacia AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos radiológicos normais.

TRATAMENTO:

Realizado limpeza, desbridamento, tenorrafia, sutura e curativo na mão esquerda.

ALTA HOSPITALAR:	13/11/14
DATA DA EMISSÃO:	18/02/15

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

04 MAR. 2015

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

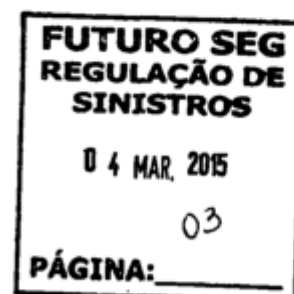
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JURACI DOS SANTOSRG nº 912178, data de expedição 07/11/13, Órgão SSP/PB

CPF nº 440.741.074-49, 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 CTAVID GADIELHA SEIXAS</u>
Número	<u>195</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CITIZÉRIO</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARÁIBA</u>
CEP	<u>58088-640</u>
Telefone de contato	<u>(83) 8890-4343/8788-8167</u>
E-mail	<u>irandpvt@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 02/03/15.Assinatura do Declarante: Juraci dos Santos



A conta da sua
TV por assinatura.



TM Rio 2016

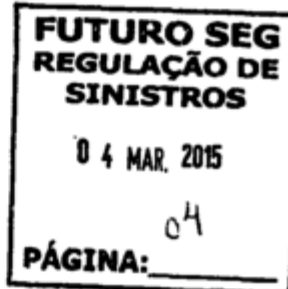


CTC RECIFE PE JPA PL9

SONIA MARIA CORDEIRO DELFINO
R OTAVIO GADELHA SEIXAS, 195
OITIZEIRO
58088-640 JOAO PESSOA PB



7213345630201280000060073830291014
POSTAGEM: 29/10/2014 VENCIMENTO: 08/11/2014





GOVERNO DO ESTADO DA PARÁIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JURACI DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	26/08/63
NOME DA MÃE	SANTINA FIRMINO DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	794.137
DATA DO ATENDIMENTO	13/11/14
HORA DO ATENDIMENTO	09:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Ferimento com lesão de tendão extensor do 3º quirodátilo esquerdo.
CID 10	S66.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de colisão entre moto e carro. Presença de ferimentos no dedos da mão esquerda. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Ferimento de mão esquerda com lesão de tendão extensor do 3º quirodátilo da mão esquerda, houve perda de substância do tendão.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de mão direita AP/Obl
RX de bacia AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos radiológicos normais.

TRATAMENTO:

Realizado limpeza, desbridamento, tenorrafia, sutura e curativo na mão esquerda.

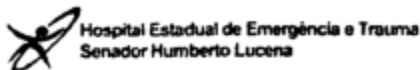
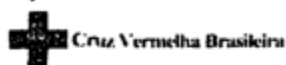
ALTA HOSPITALAR:	13/11/14
DATA DA EMISSÃO:	18/02/15

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

04 MAR. 2015

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joro Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (71) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 794137

Identificação do paciente				
ID 807104	Nome JURACI DOS DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/08/1983	Idade 51 anos 3 meses 21 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário 0
Mãe SANTINA FIRMINO DOS SANTOS			Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88484176	DDD Fixo 83	Fone Fixo 87630516	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns 708603002851889		
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email NAO INFORMADO	Naturalidade AREIA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58088640	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Otávio Gadelha Seixas		
Número 107	Complemento	Bairro Oitizeiro		
Admissão				
Data e Hora Prevista 13/11/2014 09:20:42	Número da pulseira 2884591	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico			CID	
Atendido por ROBERTA DE CASSIA SILVA BONATES			Tempo 04min 44seg	

Imprimir

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

04 MAR, 2015

PÁGINA: _____

09



DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CADEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JORACI DOS SANTOS

912178 SSP PB

CPF: 440.743.074-49 DATA DE NASCIMENTO: 26/08/1963

RUAÇÃO: SANTINA FIDELIS DOS SANTOS

PROFISSÃO: AB

04616319338 06/11/2018 13/04/2009

PROIBIDO PLANTAR

881434272

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA: 07/11/2013

Assinatura: Rodrigo Carneiro

60747241839
PB027426043

DETRAN - PB (PARAIBA)

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

04 MAR. 2015

10

PÁGINA: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTES



DETRAN - PB Nº 011712094496
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0025342089-0 00/00000000 2014

PB Nº 01171209

JURACI DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

44074107449 NOE7119/PB

NOVO PB 9C6KE1220A0129740

PAS/MOTOCICLE/NAO APETIC GASOLINA

YAMAHA/FACTOR YBR125 K 2010 2010

2 B/124 /CT PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 16/09/2014

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF IRS PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

A.F. BANCO ITAUCARD S/A

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA - PB 16/09/2014

7281 5506

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 16/09/2014

VIA 1 44074107449 NOE7119/PB

RENAVAM 00253420890 YAMAHA/FACTOR YBR125 K

ANO FAB 2010 9C6KE1220A0129740

PREMIO TARIFARIO

INS (R\$) OF IRS CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF IRS SEGURO P.A.C.O.

PAGAMENTO 16/09/2014

COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHV 09.248.608/0001-04
www.seguradorelider.com.br

5506-1047326-20140916



FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

04 MAR. 2015

PÁGINA:



DECLARAÇÃO

À SEGURADORA LIDER.

EU, JURACI DOS SANTOS
PORTADOR DO CPF: 440.741.074-49 VENHO DECLARAR QUE
FUI A AGÊNCIA DO(A) Banco do Brasil E MINHA
CONTA: 28.543-X E AGÊNCIA 1234-3 ENCONTRA-SE ATIVA,
DESBLOQUEADA E SEM LIMITES PARA MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS, SENDO ASSIM,
FICA POSSÍVEL O DEPOSITO REFERENTE A MINHA IDENIZAÇÃO DO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 02 DE MARÇO DE 2015.

Juraci dos Santos

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
04 MAR. 2015
12
PÁGINA: _____



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JURACI DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 13/11/14 CPF DA VÍTIMA 440.741.074-49
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IRANILDO MUNIZ CLAUDINO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA OTAVIO GADELHA SILVA
Nº 195, COMPLEMENTO 033 BAIRRO DITIZELINO
 CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58.088-640
 E-MAIL IRANILDO@HOTMAIL.COM TELEFONE 83.5890-4343

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) + DUT
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO MÉDICO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ DECLARAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DO LAUDO MÉDICO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMPLANTADO, ANEXADA RELATIVAMENTE AO LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, ORIGINAL, QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DE LESÃO PERMANENTE COM DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ COMPROVANTE DE PAGAMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ OUTROS DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SUFICIENTES EM DILIGÊNCIA DO ACIDENTE E DO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS COMPRADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OS REPRESENTANTES LEGAIS QUE REPRESENTAM VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PRÓ-CURADOR

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 10 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 COMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT1.SEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR 0800-022-1204

PÁGINA: 13

04 MAR 2015

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

DATA DE RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

22/03/15

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

FUTUROSEG - DEP. 008