

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11961101

A/C: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170603341 ASL-0427620/17
Vítima: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11965063

A/C: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170603341 ASL-0427620/17
Vitima: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/11/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **28/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA**

Sinistro: **3170603341**

Vítima: **RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA**

Data do Acidente: **28/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170603341** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12360347

A/C: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA

Nº Sinistro: 3170603341
Vítima: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA
Data do Acidente: 28/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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: **RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000004915**

Conta: **0000022780-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170603341 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA **Data do acidente:** 28/03/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de rádio distal direito submetido a tratamento cirúrgico de redução e fixação

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico de redução e fixação

Sequelas permanentes: Limitação funcional de punho direito

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano moderado funcional de punho direito

Documentos complementares:

Observações: Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072.303.454-05

Nome completo da vítima

Renata Cleya Batista Nobrega

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Renata Cleya Batista Nobrega		CPF titular da conta 072.303.454-05		Profissão Desempregada	
Endereço Rua adm. Manoel Angelo de Oliveira		Número 402		Complemento	
Bairro Maracajuru	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58058-200		
Email nobrega.dpvat@gmail.com				Telefone (DDD) (53) 93899-6563	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome Caixa Econômica Federal		NRO 304	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
4915	001	00098430	7

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência bancária. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 18 de outubro de 2017

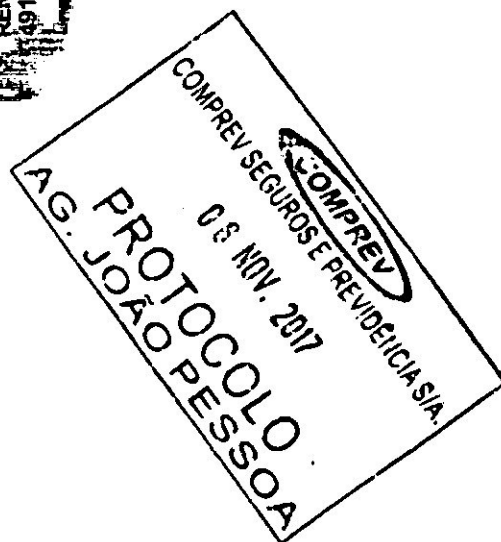
Local e Data

Renata Cleya Batista Nobrega

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01920.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01920.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:53 horas do dia 17 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA**, CPF nº 072.303.454-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Rizeilba Batista Nobrega e Cosme de Melo Nobrega, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 25/05/1987 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Milton Santa Cruz, Nº 30, complemento APTº 406, BC. A RES. IBIRAPUERA, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Extrafarma, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99815-2766.

Dados do(s) Fatos:

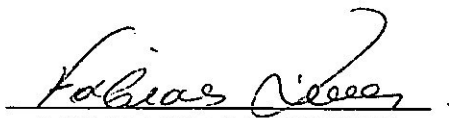
Local: Av. Josefa Taveira, Próximo Ao Sr. Coxinha, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/03/17 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

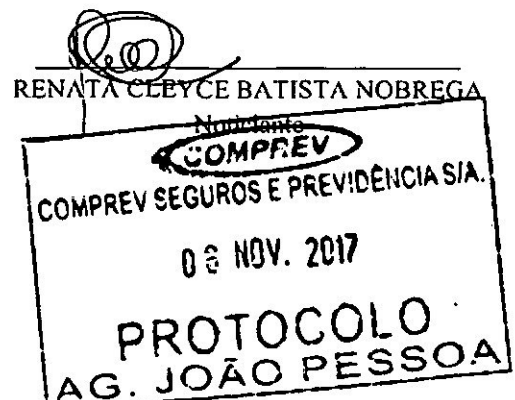
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava na garupa da MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN, PRETA, 2008/2008, PLACA MOA6964/PB, CHASSI 9C2JC30708R158407, registrada em nome de RENATO CLEYSSON BATISTA NOBREGA e conduzida por sua mãe RIZELBA BATISTA NOBREGA (CPF. 007.579.754-29), quando foram atingidas na lateral direita por um CARRO PRATA, não identificado, o qual saía de um posto de gasolina; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1330/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 20.09.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrida em veículo particular por seu esposo; Que sua mãe não machucou-se no ocorrido; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

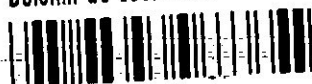
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de outubro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação



Boletim de ocorrência



Procedimento Policial: 01920.01.2017.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Renata Cleve Batista Nogueira, portador da carteira de identidade nº 2.846.549 e inscrito no CPF/MF sob o nº 042.303.454-05, residente e domiciliado na Rua Adm Manoel Amegelo de Oliveira, N. 402 Cidade João 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
- ☒ 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.

Declaração de Inexistência de



Renata Cleve Batista Nogueira

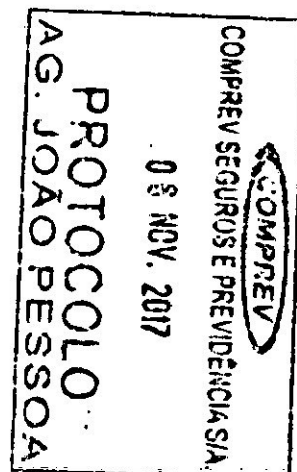
Assinatura do declarante

conforme documento de identificação nº

Renata Cleve Batista Nogueira

João Pessoa 15 outubro 2017

Local e data



Sto Delator

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
IA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
8056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 17395 Atd: Nao Regular
Data: 28/03/2017
Hora: 13:26:56
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA F
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.03.004732

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2846579 Fone: 988151732

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 25/05/1987 Id: 29 ano(s)

End.: RUA ADMINISTRADOR MANOEL ANGELO DE OLIVEIRA, 000RG (PB) BL J 3 APTO 402

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: RIZELBA BATISTA NOBREGA

Pai: COSME DE MELO NOBREGA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

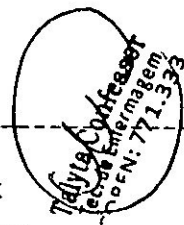
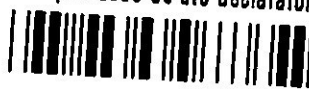
Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resd.: RIZELBA BATISTA (MAE)

Telem. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Comprovacao de ato declaratorio



Transporte utilizado: PCTE VEIO NO VEICULO DA MAE VITIMA

Vitima de acidente por: DE COLISAO DE MOTO X CARRO NA JOSEFA TAVEIRA PROX

Vitima de violencia por: A ESCOLA SAO VICENTE AS12:50 CONDUTORA (SIC MAE)

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Apresentamento: Bem [] Grave

Politraumatizado [] Convulsao

Hemorragia [] Dispineia

Diapireia [] Agitado

Locomotor [] Chocado

Comito

Reservacao

Queixa Principal

intima de acidente com trauma no punho e no pe e excoracoes.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente relator queda de moto, com capote, urogenital sem traumas e trauma abdominal + torax inocente.

Diagnostico

Poi em punho (D) e pe (D). fx de Barba e edema.

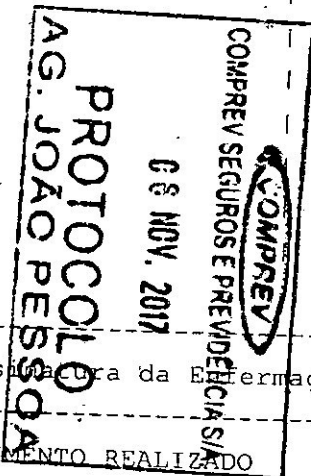
Prescricao

CD: Rx ortopedia Alta c. geral
Horario da medicacao: CD: infer e 7 frax
Thiago Alexandre Residente Cirurgia Geral CNS: 707007872236739 CRM/PB 10254

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

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

[Handwritten Signature]

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal, conta de energia elétrica. Nº 001.159.511



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOAO PESSOA

CDG - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERENCIA

AGO/2017

APRESENTAÇÃO

25/08/2017

CONSUMO

156

VENCIMENTO

01/09/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,06

Acesse: www.energisa.com.br



DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-006-211-1540

83620000001-3 10060149000-4 10823142017-6 08900006019-7

VENCIMENTO

01/09/2017

TOTAL A PAGAR

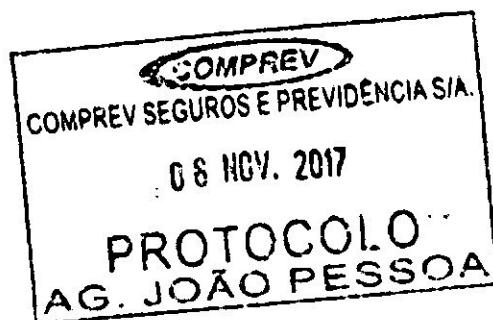
R\$ 110,06

MATRICULA

1082314-2017-08-9



Comprovante de residencia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Daniela de Araújo Leite inscrito (a) no CPF 021.462.564-0131 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Perata Cleice Batista Madruga inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.303.254-105, do sinistro de DPVAT cobertura Imunidade da Vítima Perata Cleice Batista Madruga, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.388.841/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os seguintes documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

Endereço	<u>Rua Francisco Louadio Ribeiro Leutimiro</u>			Número	<u>204</u>	Complemento	<u>52208</u>
Bairro	<u>Buxa</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58036-450</u>
Email	<u>Melre.dpvt@gmail.com</u>			Telefone comercial (DDD)	<u>(83)3566-4613</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83)99811-5088</u>

João Pessoa 18 de Outubro de 2017
Local e Data

Laura de Araújo Leite
Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12

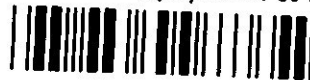


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RENATO CLEYSSON BATISTA NOBREGA,
RG nº 2846053, data de expedição 10.09.2010
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 05347549459, com
domicílio na cidade de RIO DE JANEIRO, no Estado de
RIO DE JANEIRO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. DE SANTA CRUZ, 7190, COND. DESPDI, nº _____,
complemento 02.26, AP 402, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA, cujo o condutor era
RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG 125 FAW
Ano: 2008/2008
Placa: MOA 6964
Chassi: 9C2JC30708RL58407
Data do Acidente: 28.03.2017
Local e Data: Rio de Janeiro, 02 maio de 2017.

Declaração do proprietário do veic



Renato Cleysson Batista Nobrega
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um tercelro que não a vítima reclamante do sinistro)

31º OFÍCIO DE NOTAS DA CAPITAL
Rua Francisco Pez, nº 1647 - Ipanema - Rio de Janeiro - CEP: 21110-041 - Tel: (21) 3333-7925
E-mail: 31oficiodenotas@gmail.com - Tabelião: Marcos Aurélio Ribeiro Ramos

157859
AA193390

Reconhecido por AUTENTICIDADE a firma de: RENATO CLEYSSON BATISTA NOBREGA (X00000124A4E)
Rio de Janeiro, 02 de maio de 2017. Conf por: _____
Em Testemunho da verdade. Serventia : 5.40
TJ+FUNDOS+ISS : 2.28
Paulo César de Oliveira Valadão - Tabelião Total
RJECBF-68761 CNB Consulte em <http://www3.tj.rj.jus.br/sitepublico>
Paulo César de Oliveira Valadão
Mat.: 54.7520

31º OFÍCIO DE NOTAS DA CAPITAL

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Documentacao medico - hospitalar



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**
CENTRO NACIONAL DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Renato de Souza Batista Nogueira		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 29 anos	SEXO: Feminino	CUR: Clínica	ENF: 32
DATA DE ADMISSÃO: 28.03.2017		DATA DE ALTA: 06.04.2017	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura do 1º dígito distal A		TEMPO DE PERMANÊNCIA: 9 dias	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: 2 mm		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES: RX de punho e 1 A mm mm + Gome Fim			
PROCEDIMENTO REALIZADO: Redução Aberta + Fixação interna			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO
	☐ CURADO	☐ ÓBITO	

[illegible]

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Líquida	
REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 45 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 70 dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: Clotaxim 500mg + Algimin C	
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. Umberto Jansen em 30 dias para revisão
06.08.17	DATA
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

COMPREV

COMPRESSORES E PRENDIMENTOS

PROTÓCOLO

CS NOV. 2017

ASSINATURA

RN 8498

CERTIDÃO

Nº. 1330/2017

Atendendo solicitação de **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE** e 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 de atendimento ambulatorial Nº7917 e Prontuário Nº 2017.03.004732 pertencente à **RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA** que foi atendida dia 28/03/2017 às 13H26min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em punho direito + pé direito.

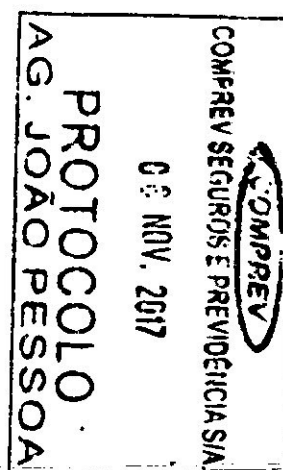
Submetida avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 1/3 distal do rádio direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/04/2017 com alta médica dia 06/04/2017.

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

João Pessoa, 20 de setembro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
8056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 17395 Atd: Nao Regular
Data: 28/03/2017
Hora: 13:26:56
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA E
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.03.004732

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2846579 Fone: 988151732

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 25/05/1987 Id: 29 ano(s)

End.: RUA ADMINISTRADOR MANOEL ANGELO DE OLIVEIRA, 000RG (PB) BL J 3 APTO 402

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: RIZELBA BATISTA NOBREGA

Pai: COSME DE MELO NOBREGA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Reso.: RIZELBA BATISTA (MAE)

Tel. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: PCTE VEIO NO VEICULO DA MAE VITIMA

Vitima de acidente por: DE COLISAO DE MOTO X CARRO NA JOSEFA TAVEIRA PROX

Vitima de violência por: A ESCOLA SAO VICENTE AS12:50 CONDUTORA (SIC MAE)

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

Ataque de gástrico com trauma no punho e no pé e excoruações.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente relata queda de moto, com capote, nãg ferimentos ou trauma. Abdomen + torax inocente.

Diagnóstico

Poi em punho e pé. Ex de Barba e edema.

Prescrição

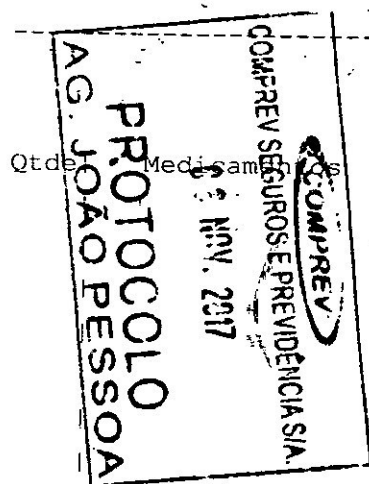
CD: RX ortopédica! Alta c. geral

Horario da medicacao

Thiago Alexandre
Residente Cirurgia Geral
CNS: 707007872235739
CRM/PB 10254

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

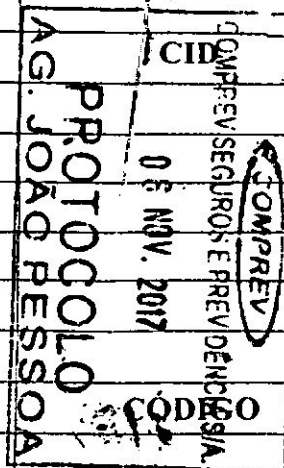
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nº 09664

Nome: ANATA CLEYCE BATISTA				Registro:	
Idade: 29	Sexo: F	Cor: 	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 03/04/17	Cirurgião: DA. JANSEN			1º Assistente: EVERTON R	
2º Assistente: LEONARDO R		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
- FRATURA em 1/3 DISTAL					
DO RÁDIO (D)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE					
FRATURA em 1/3 DISTAL DO					
RÁDIO (D)					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não					Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
☒ Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE em DDH SOB Bloqueio de
- 2) PLETO BMDUAL
- 3) ASSÉPSIA + ANTISÉPSIA
- 4) POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

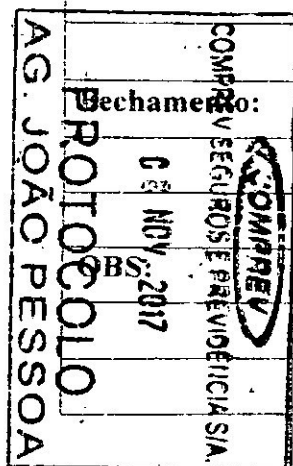
- 5) REALIZADO INCISÃO LONGITUDINAL em
- 6) REGIÃO VULVAR em PUNTO D +
- 7) DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE

Achados:

- 8) FURTO em 1/2 DISTAL DO MÍDIO

Conduta:

- 9) REDUÇÃO ABERTA
- 10) FIXAÇÃO DE PLACA "T" COM FUNÇÃO
- 11) DE SUPORTE
- 12) SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
- 13) INX DE CONTROLE
- 14) TIRA AXILO CALMAN



Data:

03.04.17

Dr. [Signature]

MÉDICO/CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170603341 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA **Data do acidente:** 28/03/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE DUPLA INCISÃO EM DORSO DE PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 75% DORSO-FLEXÃO .

Resultados terapêuticos: ACIDENTE EM 28/03/2017, CIRURGIA 03/04/2017 E ALTA EM 06/04/2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuracao



OUTORGANTE:

Nome: Renata Cleyce Batista Nobrega

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteira

Profissão:

Identidade: 2846579 CPF: 072 303 454-05

Endereço: Milton Santa Cruz, 30,
Itapuera, Apt 406, Bloco A, CEP: 58056 070

OUTORGADO:

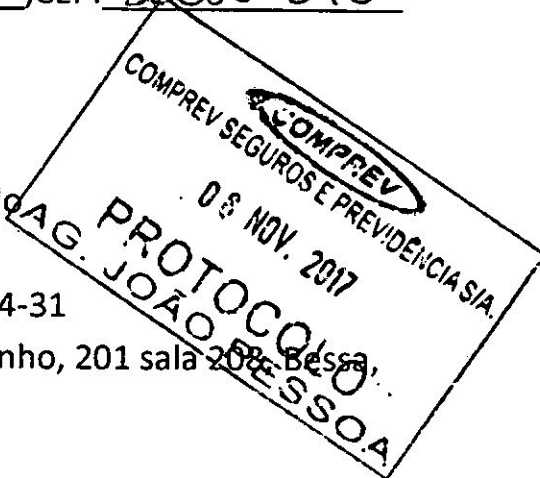
Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 202, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.



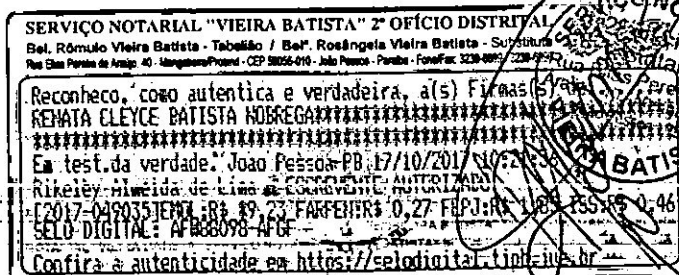
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 17 de Outubro de 2017.

Renata Cleyce Batista Nobrega



ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RENATA CLEYCE BATISTA NOBREGA** Sinistro: **3170603341** Data: **28/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Administrador Manoel Ângelo de Oliveira, J3, 402 - Mangabeira - João Pessoa - PB - CEP 58058-200**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2846579**

Data local do exame: [**29/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

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 DE RÁDIO DISTAL DIREITO . ACIDENTE EM 28/03/2017 AO EXAME: PRESENÇA DE DUPLA INCISÃO EM DORSO DE
PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DE 75% DORSO FLEXÃO .**

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
CIRURGIA 03/04/2017 E ALTA EM 06/04/2017 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERAPIA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(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.

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

PUNHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.

