

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2017

Carta nº: 10990826

A/C: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170259714 ASL-0181536/17
Vítima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA
Data Acidente: 23/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2017

Carta nº: 10991407

A/C: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170259714 ASL-0181536/17
Vitima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA
Data Acidente: 23/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11192639

A/C: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Sinistro: 3170259714 ASL-0181536/17
Vítima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA
Data Acidente: 23/11/2016
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.seguradoralider.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 Julho de 2017

Carta nº: 11272828

A/C: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Sinistro: 3170259714 ASL-0181536/17
Vítima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA
Data Acidente: 23/11/2016
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: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 000000086996-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN.

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

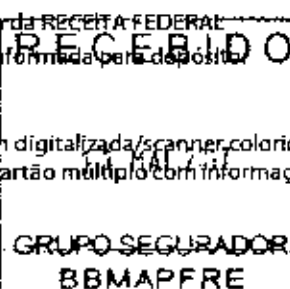
EU, STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.638.566 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 29/03/2008
 CPF 099721604-60 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO Recuso
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA STEFFANNY B. OLIVEIRA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta 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.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner, colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0137 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00086996-0

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.

C. GRANDE PB de 26/04 de 2017
 LOCAL E DATA

Steffanny Bezerra Oliveira
 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

25/04/2017

HORA: 15:04:09

DATA EFETIVACAO:

25/04

CONVENIO:

000642843

OPERADOR:

loja2

AGENCIA: 0737

CONTA: 013.00086996-0

NOME: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 618606386

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101

OUVIDO

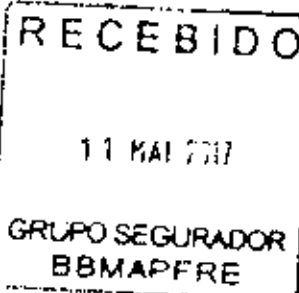
RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

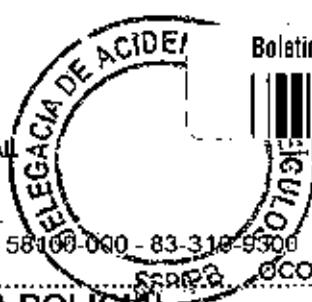
Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº 000015/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000015/17 registrada em 19/01/2017, que passo a transcrever na íntegra: do mês de janeiro do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:23 horas, compareceu a Sra. STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA, com 25 anos de idade, filha de GERSONIAS OLIVEIRA SILVA e EVANY BEZERRA OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Superior Incompleto, profissão AUTÔNOMA, portadora da Cédula de Identidade Nº 3.638.566, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 09472156460, residindo à rua ANÁLIA RIBEIRO DIAS, 113, bairro DINAMÉRICA, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa a declarante, que por volta das 11h55min do dia 23.11.2016, estava trafegando pela Avenida Dinamérica, Bairro de Santa Rosa, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta YAMAHA/YS1 50 FAZER ED, ano/modelo 2013/2014, cor preta, chassi nº 9C6KG0660E0012172, de placa OWD-7572/RN, licenciada em nome de Marlucia Sabino Gomes, quando teve o curso normal da via interceptado por um veículo tipo FORD/SCORT, de cor amarela, de placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que estava fazendo a travessia da via, sem a atenção devida, sendo inevitável a colisão; Que, em decorrência do impacto a declarante foi jogada contra o solo, sofrendo fraturas na perna esquerda, além de escoriações generalizadas pelo corpo, sendo socorrido pelo Resgate do Corpo de Bombeiros e encaminhada para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo ausentou-se do local, não prestando socorro a declarante; Que, os Policiais Militares da CPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 19 de Janeiro de 2017

Steffanny Bezerra Oliveira
STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

RECEBIDO

11 JAN 2017

GRUPO SEGURADOR
OMAPFRE

0119551

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 3638566 e inscrito no CPF/MF sob o nº 094.721.564-60, residente e domiciliado na RUA: CLAUDIO BEZERRA DE LIMA 268 Cidade CAMPINA GRANDE Estado PARAIBA, 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.

Steffanny Bezerra Oliveira

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

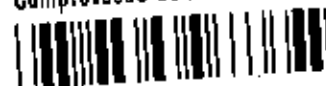
C. GRANDE - PB 26/04/2017

Local e data





Comprovação de ato declaratório



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS**

Nº 01

CERTIDÃO

Conforme Registro de Ocorrência de nº 00032 do dia 23/11/2016, às 11hs55min, **CERTIFICO** que a guarnição de Auto Resgate (AR-37) deslocou-se até a Avenida Dinâmica, s/nº Bairro: Dinâmica, Campina Grande-PB, para atender uma ocorrência de **COLISÃO/CHOQUE COM VÍTIMA NÃO FATAL (CARRO X MOTO)**. Chegando ao local, foi constatado que o senhor **STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA** de 25 anos apresentava varias escoriações e uma possível fratura no membro inferior esquerdo (perna). Tão logo, feito os procedimentos técnicos, a vítima foi conduzido ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

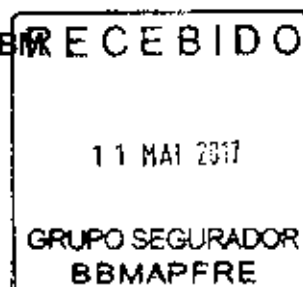
CAUSA PROVÁVEL: Ignorada*****

CHEFE DA GUARNIÇÃO: SD BM MAGNA POLLYANA ESPINOLA BARBOSA**

Quartel em Campina Grande – PB, 03 de Janeiro de 2017.

40.948.234/0001-80
CARTÓRIO DISTRITAL DO CATOLÉ
LUIZ CARLOS DE MELO
Rua do Grupo, 23
Distrito de Catolé, CEP 58100-800
Campina Grande - PB

GLADSTONE NOGUEIRA DA SILVA – 1º TEN QOABM
Chefe do CIOP do 2º CRBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA-2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
AV. ALMEIDA BARRETO, Nº 422 - SÃO JOSÉ, CEP: 58400-328 - CAMPINA GRANDE-PB.
TEL: (83) 3316-3300 / FAX: (83) 33108206 -
E-MAIL: comando2crbm@hotmail.com

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: 04/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000086996-0

Nr. da Autenticação DBAAD1CB67CF6662



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRARG nº 3638566, data de expedição 29/03/08, Órgão SSP/PA

CPF nº 094721564-60 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: CLAUDIO BEZERRA DE LIMA</u>
Número	<u>268</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TRÊS IRMÃS</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58423-530</u>
Telefone de Contato	
E-mail	<u>balbinoscg@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: C. GRANDE PB - 26/04/2017Assinatura do Declarante: Steffanny Bezerra Oliveira

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

EVANY BEZERRA FIALHO
RUA CLAUDIO BEZERRA DE LIMA, 280 /
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58423-530 (AD: 401)

TRÊS IRMÃS



Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA 6000-9400
Roteiro: 13 - 401 - 732 - 4040
Nº medidor: C100248260

Referência: Abr / 2017
Emissão: 20/04/2017

ENERGIISA BORBOREMA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Tribuna: Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ: 08.926.536/0001-66 - Ins. Est. 16.003.839-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000146-537
Código para Digite Automático: 000000000000

Atendimento ao Cliente ENERGIISA 0800 023 0196 Acesso: www.energiisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 4/80929-3

Abr / 2017

Canal de contato

Apresentação

20/04/2017

Data prevista da
próxima leitura

22/05/2017

CPF / CNPJ / RANI

0592819472
Ins. Est:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/03/17	23215	20/04/17	23698	1

Faturas em atraso

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Constante até 30 kWh-ER	30	0,12403	3,72
Consumo - 31 a 100 kWh-ER	94	0,21263	11,48
Adic. B. Amarela			0,25
Adic. B. Vermelha			0,80
Substituição			10,88
ICMS			11,58
PIB			0,40
COPINS			1,50
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB LUM PUBLICA			2,34
JUROS DE MORA 09/2017			0,03
MULTA 03/2017			0,78
Devolução Statistic			-19,88

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/17	92
Fev/17	95
Jan/17	109
Dez/16	85
Nov/16	77
Out/16	89
Set/16	75
Ago/16	78
Jul/16	74
Jun/16	73
Mai/16	88
Abr/16	80

Média dos últimos meses
73

VENCIMENTO
28/04/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 34,23

RECLAMADO AO PROCON

98de.6ecb.8bab.f824.18dc.6afb.3fa0.6334.

Indicadores de Qualidade 2º/2017 - Campina Grande 2

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,79	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,58	NOMINAL
DIC ANUAL	23,16	220
FC MENSAL	3,42	0,00
FC TRIMESTRAL	8,55	CONTRA TADA
FC ANUAL	12,80	LIMITE INFERIOR
ONR	3,37	202
ONCR	12,22	LIMITE SUPERIOR
		231

Fonte: Relatório de Qualidade de Energia Elétrica

Discriminação	Valor (R\$)	%
Remessa de Orel da Energia/BO	5,42	15,87
Remessa de Energia	8,38	24,51
Remessa de Transmissão	0,30	0,88
Encargos Setoriais	2,23	6,51
Impostos Diretos e Encargos	17,28	50,23
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,23	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2017) R\$8,57

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada com base no Rende, tendo um desconto de R\$10,89

ENERGIISA BORBOREMA

Roteiro: 13 - 401 - 732 - 4040
Matrícula: 80929-2017-04-7

VENCIMENTO

28/04/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 34,23

83620000000-5 34230147000-7 00809292017-5 04704010019-1



RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARLÚCIA SABINO GOMES

RG nº 945001, data de expedição 01/04/89
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 288.121.934-20, com
 domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PIACHUELO - JARDIM PAULISTANO, nº 1954
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima STEFFANNY B. OLIVEIRA cujo o condutor era
STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Veículo: YAMAHA /YS150 FAZER ED

Modelo:

Ano: 2013/2014Placa: QWD - 7572/RNChassi: 90CKG0660E6012172Data do Acidente: 23/11/2016Local e Data: C. GRANDE - PB

*Marluvia Sabino Gomes
 Assinatura do Declarante

Steffanny Bezerra Oliveira

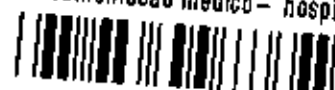
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º CARTÓRIO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MARLÚCIA SABINO GOMES
 Dou fe. Campina Grande/PB - 01/06/2017
 Escrevente: **LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS**
 Emol R\$8,87 ISS R\$0,44-Forp R\$0,27 MP R\$0,14 Fep R\$2,21
 Selo Digital: AFF91997-K2NY
 Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>

Tabellionato de Notas

2º CARTÓRIO DE NOTAS
LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS
 Escrevente Autorizada

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADOATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Stephany BezerraOliveira

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº 352 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23 / 11 / 16 A 25 / 12 / 16 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.Campina Grande, 25 / 12 / 16Hollisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ass. do Médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃOEu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável _____

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Placa:	OWD7572	UF:	RN
Renavam:	01009745341	Categoria Veículo:	PARTICULAR
Código Identificação:	9C6KG0660E0012172	Remarcação Chassi:	NORMAL
Situação:	CIRCULACAO	Marca / Modelo:	26508
Ano Fabricação:	2013	Ano Modelo:	2014
Cor:	PRETA	Tipo:	MOTOCICLETA
Combustível:	ALCOOL/GASOLINA	Procedência:	NACIONAL
Espécie:	PASSAGEIRO		
Restrição 1:			
Restrição 2:			
Restrição 3:			
Restrição 4:			
Nome Proprietário:	MARLUCIA SABINO GOMES		
Endereço:	R ANTONIO VIEIRA DE SA		
Complemento:	- ATE 299/300		
N.º	986	CEP.:	59607100
Tipo Doc.:	CPF do Proprietario	N.º Doc.:	0128212193420

Data da Última Atualização:	23/11/2016
-----------------------------	------------

Município Emplacamento:	1759	Código Multas:	Nao existe debi
Código IPVA Licença:	Existe debito IPVA e licenciamento	Data Limite Restri. Tribut.:	00/00/0000
Valor IPVA:	R\$ 125,46	Valor Multas:	R\$ 0,00
Valor Licenciamento:	R\$ 60,00	Valor DPVAT:	R\$ 185,50
Cilindradas:	0149	N.º Motor:	G3B9E-018081
Potência:	000	N.º Caixa de Câmbio:	
Capac. de Passageiros:	002	N.º do Eixos Carrocéria:	
Tipo Carrocéria:		N.º do Eixos Auxiliar:	
Capacidade de Carga:	00000	N.º do Eixos Traseiro:	
Capac. Máx. Tração (CMT):	00000	Peso Bruto Total (PBT):	00030

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.638.566 DATA DE EMISSÃO 29/03/2008

NOME STEFFANY BEZERRA OLIVEIRA

FILIAÇÃO GERSÔN LAS OLIVEIRA SILVA EVANY BEZERRA OLIVEIRA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 23/09/1991

DO: ORGÃO NASC. H. 58202 FLS. 211 LIV. A/52

CNPJ CARTÃO 2º CAMPINA GRANDE-PB

Assinatura: *[assinatura]*

SEI 142.160.074-000

Recetta Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

Nome

Nascimento

[Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA VIA-01

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA CIVIL

INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. EL ORIANO PEREIRA, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: PB

DADOS DO PACIENTE

Nome: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Profissão: PRONTUÁRIO Nº: 1351400

End.: RUA CLAUDIO BEZERRA DE LIMA, 266

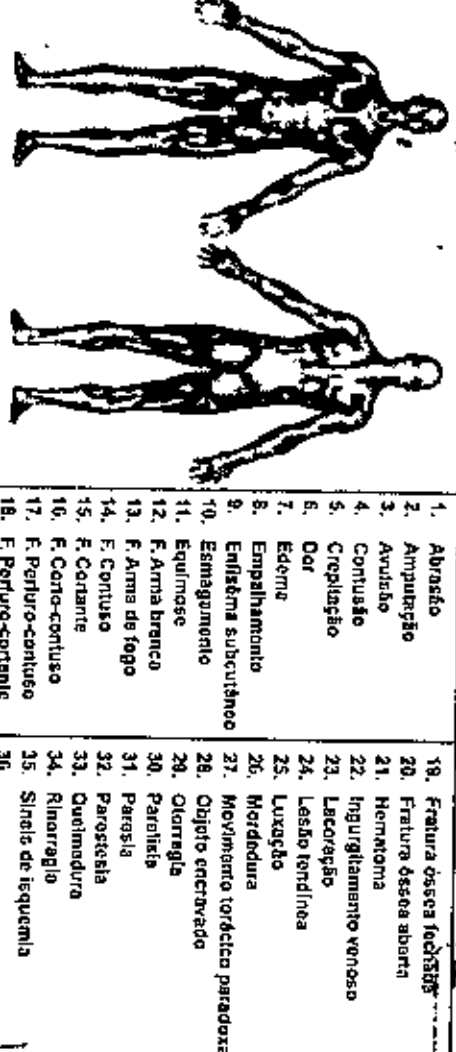
Município: CAMPINA GRANDE

Data Atendimento: 23/11/2015

Cartão do SUS: 12:10h

Mecanismos do Trauma: QUAIS: ACIDENTE DE MOTO

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = %: Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Thaara MTE.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

1) Relato de vítima de acidente de trânsito com lesão e fratura de braço e de perna esquerda e de cabeça em massa de sangue.

2) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

3) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

4) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

5) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

6) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

7) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

8) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

9) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

10) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

11) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

12) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

13) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

14) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

15) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

16) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

17) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

18) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

19) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

20) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

21) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

22) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

23) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

24) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

25) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

26) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

27) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

28) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

29) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

30) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

31) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

32) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

33) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

34) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

35) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

36) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

37) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

38) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

39) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

40) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

41) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

42) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

43) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

44) Exame físico: PUPILAS () Fotométricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

45) Glasgow: PA: HGT: Saito2:

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO
LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Steffany Bezerra Oliveira		
End:	Eduardo B. de Lima - 268 Bairro: Centro		
Data de Nascimento:	23.05.91	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atendimento:	23.11.16 Horário: 2:00 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fácis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocrada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

RECEBIDO
11 MAI 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Stephany Bezerra Oliveira Registro: Leito: 3-3 Setor: Atual: 011

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: l/rpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente (☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selado

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

RECEBIDO

CRUZ SEGURO
SEM AFRE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Staffanny Bezerra			
Data da Operação	22/12/16	Enf.	Leito
Operador	Dr. Amaro	1º Auxiliar	Dr. Paulo
2º Auxiliar	Dr. Helinton	3º Auxiliar	Dr. Wagner
Anestesia		Instrumentador	
Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório		Fa. diafr. livre (E)	
Tipo de Operação		Osteossintese (H.M.)	
Diagnóstico Pós-Operatório		D. mymo.	
Relatório Imediato da Patologia		Ø	
Exame Radiológico no Ato		SIM	
Acidente Durante a Operação		NÃO	

RECEBIDO

11 MAI 2017

**GRUPO SEGUADOR
SINAPFRE**

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
Por um DDH sob efeito anestésico Assepsia + antissepsia Campo anti-germ Incisão arredondada em Jato (E) trans tendão patelar Inicia fixação de traço em tórax proximal + frise com o comp. e abertura de escoriação após ressecção inimemente do foco de fratura Osteossintese de H.M. 340/8 mm sob escopia Blaqueia proximal e distal sob escopia Sutura (técnica de tensão patelar) Sutura de pele após lavagem de F.O. S.F. 9 Curação

Assinatura de Almeida
ORTOPEDIA
GRUPO

TM**Cirúrgica**

Ortopedia - Neurologia - Buca

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

Nº 3460

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMAS

CIDADE

P. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

STEFFANY BEZERRA OLIVEIRA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AF. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1351400

PROCEDIMENTO REALIZADO

IMP. DE TRAUMAS DE 11/11/13

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

FASTE DE TIRIL PROXIMA

ELL-ACD 08340 - 12

TAN PIS - 12

TANFUSOS PROXIMO N: 40

" " N: 55

01

01

02

01

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR
BEMAPFRE

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

22/12/16

Dr. Augusto José

OBSERVAÇÕES

FASTE DE TIRIL

0702030520



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	Steffany Bezerra	DN:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:		PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO:	23/11/16.	ALTA:	25/12/16.

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Pat. inf. de trauma / dor + deformidade
em pé (E)

2. Resultado dos principais exames

Exames em anexo

3. Evolução e complicações

Ø

4. Terapêutica realizada

Osteomielite (Him)

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Ex. exposto em pé (E)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Alta / orientações + medicação + fisioterapia
ref + acompanhamento + monitorização

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado

☐ Transferido para: _____

Campina Grande, 25 de 12 de 16

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Responsável pelo resumo

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24/12	16:00	-	-	-	120 80		Paciente evolui estável, melhora-se. PE boa durante o curativo no MDE. <i>[assinatura]</i>	
24 12 16	19:00				300 70		Paciente evolui estável segue as orientações da enfermagem <i>[assinatura]</i>	

**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): **STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA** Sinistro: **3170259714** Data: **23/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Cláudio Bezerra de Lima, 268, CS - Três Irmãs - Campina Grande - PB - CEP 58423-530**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **3.638.566**

Data local do exame: [**29/06/2017**] **Campina Grande** [**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)
POLITRAUMATIZADO. PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, (COLISÃO CARRO-MOTO), SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADO AO HOSPITAL DE TRAUMA

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.
PACIENTE APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO FLEXÃO DORSAL (GRAU 0), FLEXÃO PLANTAR (GRAU 0-30), INVERSÃO (0-20), EVERSÃO (GRAU 0-15), FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO (GRAU 0-120)

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 DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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):
TORNOZELO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):
ARTICULAÇÃO JOELHO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

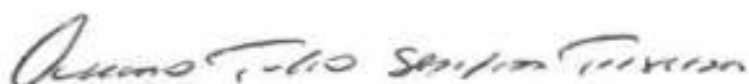
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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.

PACIENTE NÃO TROUXE EXAMES DE IMAGENS.



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA		Nome da Vítima STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA	CPF da Vítima 09472156460
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☒ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOS(O)A ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. ARTHUR // EMAIL: BALBINOSCG@HOTMAIL.COM	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

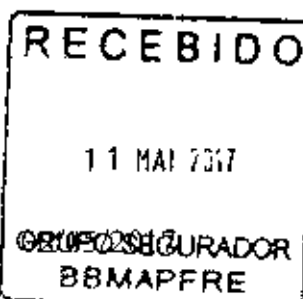


0119551

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

Documentos Básicos:

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





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidéz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ARTHUR MAX ENKEL SABINO GOMES		Nome da Vítima STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA	CPF da Vítima 09472156460
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec. Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidéz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações 0181536/17	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☒ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0121256

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

Documentos Básicos:

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



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170259714 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624**BENEFICIÁRIO** STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 09472156460**Posição em 06-06-2017 10:58:20**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

656,58

221170 - PB(RENAINF)

DETRAN

BANCO DO BRASIL | 001-0

RECIBO DO SACADO		
Cedente 221170 - PB(RENAINF)	Agência / Código Cedente 3795-8/00008251-1	Data Emissão 04/11/2016
Sacado MARLUCIA SABINO GOMES	Nosso Número 52016000003513878	CPF/CNPJ 282.121.934-20
Demonstrativo		Valor do Documento 127,69

Placa: 7 Marca / Modelo: YAMAHA/YS150 FAZER ED
 OMD7572/RN Débito.....UF: PB-221170-112420 -5541
 Venc. original: 18/08/2016 Valor original: 127,69

Descrição do Auto de Infração

Nº do Auto Local : Em PATOS no dia 18/04/2016 às 11h00min
 221170 AV. EPITACIO PESSOA, Nº 224
 112420 Infr : ESTACIONAR EM DESACORDO COM A REGULAMENTAÇÃO ESPECIFICADA PE

Versão 28/12/2012 - Via Internet(19)35.122.213} DETRAN / RN

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-0

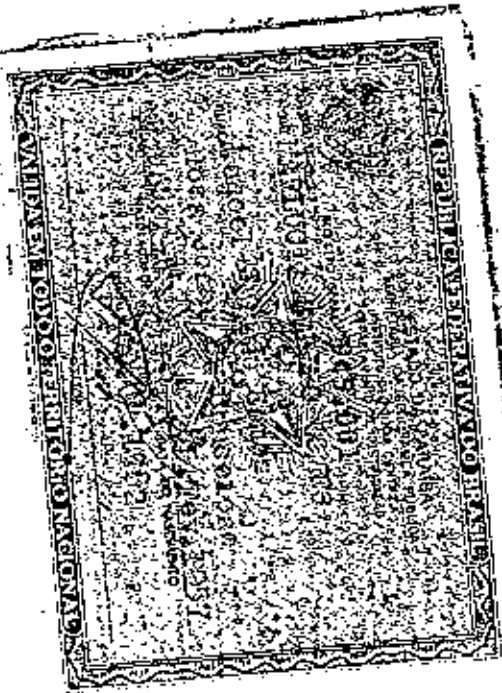
00199.05512-25201.600001 03513.878219 1 69680000012769

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 04/11/2016
Cedente 221170 - PB(RENAINF)					Agência / Código Cedente 3795-8/00008251-1
Data Doc. 04/11/2016	Nº Doc. OMD7572	Espécie Doc. RC	Acafe N	Data Proc. 04/11/2016	Nosso Número 52016000003513878
CPF/CNPJ 282.121.934-20	Carteira 18-35	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 127,69
Instruções 1) Não conceder qualquer desconto ou abatimento. 2) Não receber após 60 dias do vencimento.					(-) Desconto
					(-) Outras Ded./Abatimento
					(*) Multa/Multa/Juros
					(*) Outros Acréscimos
					(*) Valor Cobrado
Sacado MARLUCIA SABINO GOMES - CPF/CNPJ: 282.121.934-20					

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



Corte aqui



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DA SAÚDE FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMATICA E CONDIÇÃO FISICA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE DO REGISTRO DO ANO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE DO REGISTRO DO ANO

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DA SAÚDE FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMATICA E CONDIÇÃO FISICA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE DO REGISTRO DO ANO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE DO REGISTRO DO ANO

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

NASCIMENTO 29.02.57

INSCRIÇÃO NO CPF 20.2121.934-20

CONTRIBUINTE MARLUCIA SABINO GOMES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170259714 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NÃO DEFINIDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170259714 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO FLEXÃO DORSAL (GRAU 0), FLEXÃO PLANTAR (GRAU 0-30), INVERSÃO (0-20), EVERSÃO (GRAU 0-15), FLEXAO DE JOELHO ESQUERDO (GRAU 0-120).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, (COLISÃO CARRO-MOTO), SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADO AO HOSPITAL DE TRAUMA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/06/2017

Conduta mantida:

Observações: PACIENTE NÃO TROUXE EXAMES DE IMAGENS.

Indenização em grau médio do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (limitação leve da flexão do joelho e limitação grave da flexo-extensão do tornozelo esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170259714 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO FLEXÃO DORSAL (GRAU 0), FLEXÃO PLANTAR (GRAU 0-30), INVERSÃO (0-20), EVERSÃO (GRAU 0-15), FLEXAO DE JOELHO ESQUERDO (GRAU 0-120).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, (COLISÃO CARRO-MOTO), SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADO AO HOSPITAL DE TRAUMA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/06/2017

Conduta mantida:

Observações: PACIENTE NÃO TROUXE EXAMES DE IMAGENS.
Indenização em grau médio do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (limitação leve da flexão do joelho e limitação grave da flexo-extensão do tornozelo esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

