

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11658341

A/C: LIDIA MARIA DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170490319 ASL-0344725/17

Vitima: LIDIA MARIA DA COSTA

Data Acidente: 16/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALLISON DE OLIVEIRA COSTA

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170490319 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIA MARIA DA COSTA **Data do acidente:** 16/06/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO, FERIDA CORTANTE EM PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: BAM: SUTURA DE FERIMENTO + ORIENTAÇÃO, RX - SEM FRATURA, NEUROVASCULAR OK, MEDICADA E ALTA

Sequelas permanentes: CICATRIZ, DOR

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Leidia Maria da Costa
PORTADOR(A) DO RG Nº 2-378 877 EXPEDIDO POR SSP-RN EM 22/06/17 E
CPF 068755514-03 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusoe
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusoe (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Leidia Maria da Costa, 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, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2380 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4247-6

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.

messoré 22 de Agosto de 2017 LOCAL E DATA
Leidia Maria da Costa 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
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: 17/08/2017 AG MOSSORO RN
TERMINAL: 05601030 HORA: 06:28:14
CONTROLE: 056010300006

DEPOSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2380.013.00004247-6
NOME: LIDIA MARIA DA COSTA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

RECEBI 04 SET 2017

Nome: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

05 SET 2017

PROTOCOLO

AG.: NATAL



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: PLANTAO MOSSORÓ EQUIPE 4

Endereço: TRAVESSA SANTÍDIO GURGEL, S/N, ALTO DO SÃO MANOEL, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017121000579

1.2 Data de Expedição: 29/06/2017 14.18.35

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/MULHER

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/06/2017 07.30.00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: RUA JOSÉ DE SOUZA

2.8 Número: 000

2.9 CEP: 59.625-140

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ALTO DE SÃO MANOEL

2.13 Cidade: MOSSORÓ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LIDIA MARIA DA COSTA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: Branca

3.4 Pai: LUIS GONZAGA DA COSTA

3.5 Mãe: MARIA ZULEIDE DANTAS DA COSTA

3.6 Data de Nascimento: 19/09/1986

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 RG: 002378877 - ITEP/RN

3.9 CPF: 06875551403

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.13 Profissão: CABELEIREIRO(A)

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 998472647

3.16 Logradouro: RUA JOSÉ DE SOUZA

3.17 Número: 209

3.18 CEP: 59600000

3.19 Bairro: ALTO SÃO MANOEL

3.20 Cidade: MOSSORÓ

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: NOA9446

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: BIZ 125 ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal: XXXXXXXXXX

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ALLISON DE OLIVEIRA COSTA

7.1.16 Vínculo com a

7.1.17 Nome do condutor: LIDIA MARIA DA COSTA

Ocorrência:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA A COMUNICANTE QUE VINHA PILOTANDO EM SUA MOTOCICLETA A CIMA DESCRITA QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO AVANÇOU A PREFERENCIAL E CHOCOU-SE CONTRA SEU VEÍCULO VINDO A CAUSAR DANOS NA SUA MOTOCICLETA E E ALGUMAS LESÕES NA COMUNICANTE, INFORMA AINDA QUE O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE SEM MAIS PARA O MOMENTO

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 29/06/2017 14.18.05

Policia

Interessado

Atendimento: 1573810 - WILSON FERNANDES FILHO

Impresso por: 1573810 - WILSON FERNANDES FILHO em 29/06/2017 14:18:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N°

2.604.286

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: João de Souza da Costa D. N. 1909,86 Idade: 109
Profissão: --- Cartão SUS n° ---
Endereço: Rua: Jose de Souza, 209 Bairro: São Manoel
Cidade: Mossoró U.F. --- Fone: ---
Filiação: Mãe: --- Pai: ---

Data: 16/06/2017 Hora: 08:16

A.C.C.R.: ---

AMARELO

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

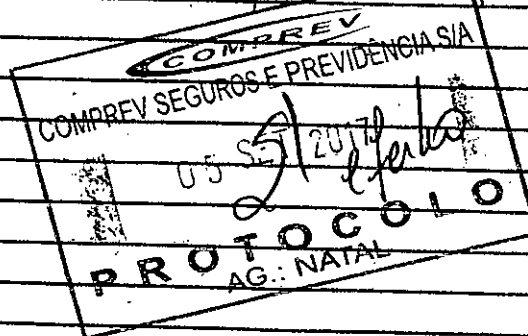
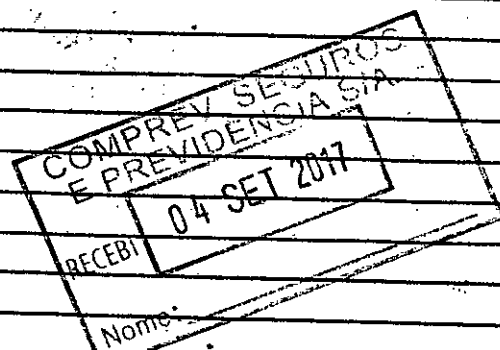
Paciente vítima de acidente de moto há ± 30 min (SIC). Trazida pelo SAMU em protocolo PHTWS. Refere dor em perna D. Nega vômito e perda de consciência e ingestão de bebida alcoólica. Nega alergia a medicações. Apurou uso de capote.

Documentação médica - hos ---



2 - EXAME FÍSICO

A = VAP, sem cervicalgia.
B = MV+ em AIT, sem TA.
C = Hemodinamicamente estável.
D = Glasgow 15. Pupilas isocóricas e reagentes.
E = Ferida cortante em face medial de perna D. ± 5 cm. Dificuldade + dor na mobilização de joelho D. Neurovascular preservado.



3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

- Fx de perna D.?

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 16/06/2017
SAME/ARQUIVO

4 - CONDUTA MÉDICA

Data: 16 1061.17

Hora: 08:30.

- Solicito radiografic de penna D.
- Se intermedinta

- 10 ortopedista.

- Sílaba de acento + orientação
- Alto de

- Alte de energia geol.

Vipera do Andante de mto. est. FCC 1/3 mto
de pena ∞ , seu pper

24. решение о ее проф.

1100 was from New York, Oh

Les fibres de bois se trouvent à l'extrémité

9. A beginner is beginning

Alto de Chedon

~~Dr. Luis F. C. Nasrullo
Crim 486
Ortopedia/Transmisión~~

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

ESTA CONFORME ORIGINAL
SAME MOSSORO 92/06/9017
31AN
SAME/ARQUIVO

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

DR. MASAMI OKAMOTO
UROLOGISTA
CRM 2675

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Observações:

Data: / /

Hora: _____

Identificação Médica

4 - CONDUTA MÉDICA

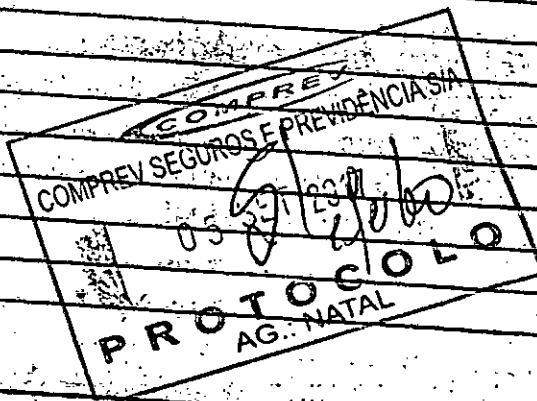
Data: 16 1061-17

Hora: 08:30.

- Data: 16/06/17
- Solicite radiografia de puna D.
 - Ao ortopedista.
 - Sutura de ferimento + orientações
 - Alta de emergência geral.

Vipera do Acre
do Acre de uma col. FCC 113 mado
da penha @ seu papir

1^{re} partie de son infir-
 mité avec une vénération et
 une ferveur de son infirmité et
 à l'égard de son infirmité
 et de son infirmité



5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

DN. MASAMI OKAMOTO
UROLOGISTA
CRM 8675

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Data:

Hora:

Identificação Médica