
Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190372135

Vítima: IVONETE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVONETE FERREIRA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190372135**

Vítima: IVONETE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190372135

Vítima: IVONETE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVONETE FERREIRA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

Recebedor: IVONETE FERREIRA SANTOS

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000011335-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 600.904.724-20 Nome completo da vítima: Jonete Ferreira Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Jonete Ferreira Santos CPF: 600.904.724-20
Profissão: agricultora Endereço: R. Bela Vista Número: 198 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Solanez Estado: PO CEP: 58.225-000
E-mail: _____ Tel (DDD): (93) 99921-9283

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

RENDAS MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (244) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0030 CONTA: 11335 L

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 06/06/19
Nome: Jonete Ferreira Santos
CPF: 600.904.724-20

(*) Assinatura de quem assina A RGO
Jonete Ferreira Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

**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

Número do Sinistro: 3190372135
Nome do(a) Examinado(a): Ivonete Ferreira Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Bela Vista, 198
Centro Solanea PB CEP: 58225-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1454210
Data local do acidente: [17/08/2018]
Data local do exame: [21/06/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO E TÍBIA ESQUERDA, OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 29/04/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO ESQUERDO E PERNA ESQUERDA, HIPOTROFIA DA PERNÁ E OMBRO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO, JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO, JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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

☐ () "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):

MEMBRO SUPERIOR - Lado 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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

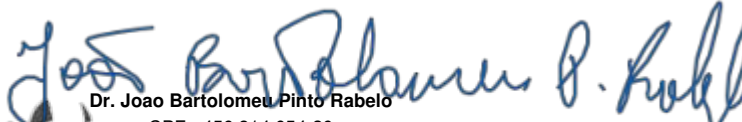
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05959.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05959.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:51 horas do dia 30 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Ricardo Ferreira dos Santos**, CPF nº 105.709.554-08, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Ivonete Ferreira Santos e Manoel Noberto dos Santos, natural de Esperança/PB, nascido(a) em 13/08/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Farmaceutico Jose Inacio Filho, Nº 182, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Solânea/PB, telefone(s) para contato (83) 99114-1731.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua São José, Antiga Coca Cola, Solânea/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/08/18 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

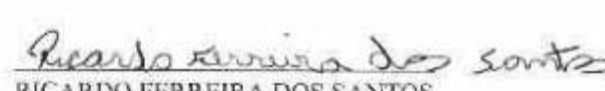
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 17/08/2018, POR VOLTA DAS 12:00, ESTE NOTIFICANTE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2013/14, PLACA PGL-2528/PE, CHASSI 9C2KC1650ER009237, REGISTRADA EM NOME DE ISAAC FERNANDES VIEIRA JUNIOR, NA RUA SÃO JOSÉ, SOLÂNEA/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO VEIO NA CONTRA-MÃO, PRATICOU DIREÇÃO PERIGOSA E COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA POR ESTE NOTIFICANTE E EVADIU-SE DO LOCAL EM SEGUIDA SEM PRESTAR SOCORRO AO MESMO; QUE NA GARUPA DA MOTOCICLETA ESTAVA A SENHORA IVONETE FERREIRA SANTOS, PORTADORA DO CPF: 600904724-20, A QUAL FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA, CONFORME CERTIDÃO 1716/2018 ASSINADA PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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 fê.

João Pessoa/PB, 30 de maio de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


RICARDO FERREIRA DOS SANTOS
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 600.904.724-20 Nome completo da vítima: Jonete Ferreira Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Jonete Ferreira Santos CPF: 600.904.724-20
Profissão: agricultora Endereço: R. Bela Vista Número: 198 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Solanez Estado: PO CEP: 58.225-000
E-mail: _____ Tel (DDD): (93) 99921-9283

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

RENDAS MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (244) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0030 CONTA: 11335 L

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 06/06/19
Nome: Jonete Ferreira Santos
CPF: 600.904.724-20

(*) Assinatura de quem assina A RGO
Jonete Ferreira Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



SAMU
192



Prefeitura Municipal de Solânea
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 28

Data: 17/08/18	Ocorrência nº: 2164669	Paciente / Usuário: Iwamete Ferreira Santos	Idade: 60a	Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
Local da Ocorrência: São José - Solânea (Cidade)		Bairro:	Médico Regulador: Amado	
Apoio no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PIR ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ Outro:				
OTA: ☐ Socorro por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorro pelo Bombeiro ☐ Local não Encontrado ☐ Outro:				
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO				
TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)			- ANTECEDENTES	
☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DE: ☐ OUTRO CENÁRIO LOCAL:			MEDICAMENTOS: Prescritos por médico + 100mg PATOLOGIA(S): Diabetes ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS:	

DESTINO

Local 01: TRAUMINHA - JP Responsável: Médico Função:

Local 02: Responsável: Função:

EXAME CLÍNICO / PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA

Acid. vítima de colisão moto-carro, apresentando
fratura exposta perna Esq + Exatização em MSE.
Vigilante e Orientado - Glasgow 15

DADOS VITAIS

VVAA: Livre ☒ Distúrbio RESPIRAÇÃO: ☐ > 30 rpm ☐ < 30 rpm PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente PAS: ☐ > 90 mm Hg ☐ < 90 mm Hg
 PA: 120 x 70 FC: 120 FR: 18 GLICEMIA: 220 T. Corar SpO2 a 02: 93% SpO2 a 02: 93%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: Fratura Fechada

INTERVENÇÕES: Unifield 590V, Abintual medicação

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Paciente encaminhado para o hospital
pelo 63, vítima de colisão moto-carro, apresentando
fratura exposta perna Esq + Exatização em MSE.
Vigilante e Orientado - Glasgow 15

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

MÉDICO: Ferreira CIME: 7299 / ENFERMEIRO: Oliveira COREN: 722139

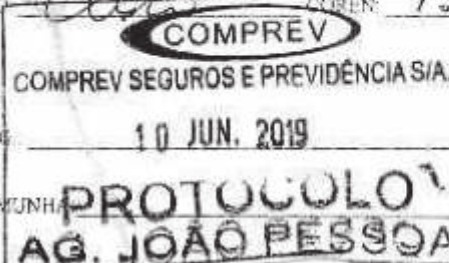
CONDUTOR: Oliveira

RECUSA:

NOME:

ASSINATURA:

TESTEMUNHA:



RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS ☐ RG ☐ CPF ☐ TÍTULO DE ELEITOR ☐ HABILITAÇÃO ☐ PASSAPORTE ☐ OUTRO: _____

CELULAR (QUANTIDADE) _____ MARCA: _____ MARCA: _____

CARTÕES DE CRÉDITO ☐ MASTER CARD ☐ VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ HIPER ☐ OUTRO: _____

CARTÃO DE BANCO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 NOME: _____

TALÃO DE CHEQUE E NOME DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPECIE / VALOR: R\$: _____

CALÇADO (NOME): _____ / RELÓGIO (MARCA): _____

BRINCOS (QUANTIDADE) _____ / PULSEIRAS (QUANTIDADE) _____ OUTROS: _____

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES: _____ SETOR: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA	1	FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°
SOLUÇÃO DE GLICOSE 5%	1	ATADURA DE CREPON 15 cm
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)
GLICOSE 50%		GAZE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 Unk)
ÁGUA DESTILADA 10 ml		ALGODÃO (PACOTE)
DIFENONA 1g		ALCOOL (PINCETA 250 ml)
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP.)		SONDA DE ASPIRAÇÃO N°
ESCOPOLAMINA (IBOSCINA)		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P
PARACETAMOL GOTAS		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M
DICLOFENACO 75 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G
PURÓSEMIDA		JELCO N° 14
CAPTOPRIL 25 mg		JELCO N° 16
ASA 100 mg		JELCO N° 18
SONDIL 5 mg		JELCO N° 20
ME TOCLOPIRAMIDA		JELCO N° 22
HIIDROCORTISONA 100 mg		JELCO N° 24
HIIDROCORTISONA 500 mg		SCALP N° 23
PRAIROPICO GOTAS		SCALP N° 25
FENOTEROL GOTAS		GARROTE
ADRENALINA		EQUIPO MACROGOTAS
ATROPINA		EQUIPO MICROGOTAS
AMIODARONA		ESPARADRAPO
TERBUTALINA		MASCARA DESCARTÁVEL
OUTROS:		CATETER TIPO ÓCULOS
<i>[Assinatura]</i>	1	LUVA ESTÉRIL N° 7,5
<i>[Assinatura]</i>	1	LUVA ESTÉRIL N° 8,0
<i>[Assinatura]</i>	1	LENÇOL DESCARTÁVEL
		OUTROS:

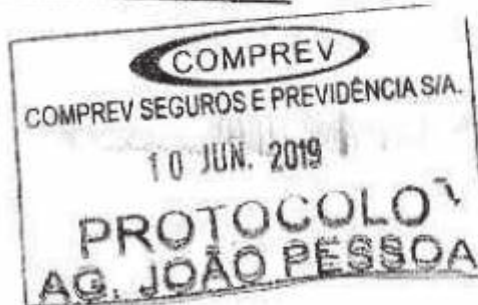
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que foi prestado atendimento PRÉ- HOSPITALAR pelo SAMU do município de Solânea- PB, a vítima Ivonefe Ferreira Santos portador do RG _____ na cidade de Solânea e transferido para o Hospital Ontofranco de Flaminga para cidade João Pessoa no dia 17 de Agosto de 2018

Vânia Cândido da Silva
Enfermeira
COREN-PB 267.296



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: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVONETE FERREIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000011335-1

Nr. da Autenticação 9D639F4C0D319532



ENERGIA FURNICA DISTRICTUL CORA DE ENERGIA SA
Strada 28 - Zona Rezidential - Casa Rosalia PR - CIP 50071490
CNP 3624513/000140 Tel Fax 16 015 833-0

Nota Fiscal / Contabil de Energia Electrica PTCD 048 TON
Cod. cam Deb. Automatizata: 509030818

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Fev / 2019	13/02/2019	14/03/2019	600.904.724-20 inc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/305616-5

Canal de contato[illegible][illegible]

CC - Origem de Classificação do Item	TOTAL	11.07	0.00	0.00	18.15	0.17	0.00
--------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Medea citharus mares (JWH)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

20/02/2019

R\$ 11,07

Histórico de Consumo (kWh)

0	5	55	45	46	48	47	52	62	42	19	18
Feb/16	Mar/16	Apr/16	May/16	Jun/16	Jul/16	Aug/16	Sep/16	Oct/16	Nov/16	Dec/16	Jan/17

RESERVADO AO FISCO

bbf5.5ee2.cb9c.7256.a1f4.85f8.f487.0695.

Compteur de Consommation

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEMONSTRAÇÃO DE TENSÃO	12,45-12,77	0,00	NOMINAL	220
DEMONSTRAÇÃO DE TENSÃO	12,45-12,77	0,00	CONTRAÍDA	200
DEMONSTRAÇÃO DE TENSÃO	12,45-12,77	0,00	LIMITE INFERIOR	200
DEMONSTRAÇÃO DE TENSÃO	12,45-12,77	0,00	LIMITE SUPERIOR	220

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia Elétrica	2.65	13,52
Compra de Energia	2.30	10,91
Serviço de Transmissão	0.48	2,40
Impostos Selo e Lucro	0.22	1,10
Impostos de Consumo e Brancos	4.28	20,76
Outros Serviços	1.00	5,03
Total	11,07	100,00

Value: RUC Ref: 12/2013/R82.96

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi inscrita como B1 e a Renda mensal de desconto de R\$11,35
- Letra confirmada
Contato Serviço: 0800 NÁPOLEÃO (N. 626.10) - 0813500-9777
- O cancelamento de cobrança somente é a opção de fatura sem estas duas opções
podem ser anuladas a qualquer momento na distribuidora

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal
Documento com e supressão de dados

Nº 022.990.190

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAES SEGUNDO
AV JOAO BACHADO 893 BL 137
JOAO PESSOA



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BR 268, Pça. 22 - Centro Industrial - João Pessoa/PB - CEP 53071-000
CNPJ 06.908.020 / 0001-46 Ins. Est. 15.674.000-0

ABR/2019

08/04/2019

186

15/04/2019

5/1313928-2

R\$ 163,56



Acesso: www.energisa.com.br

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAES SEGUNDO
Receber: 84-091-036-0766

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/04/2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gullyane Glória de A. Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.979.984 / 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ivone Fereira Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 600.904.724 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Ivone Fereira Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 600.904.724 / 20, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>Avenida João Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento <u>Sala 127</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>53000-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u>

João Pessoa de Junho de 19
Local e Data

Gullyane Glória de Amorim Nóbrega
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Isaac Fernandes Vieira Junior,
RG nº 2761518, data de expedição 27/02/2013 Órgão SSP,
portador do CPF nº 040.930.024-10, com Domicílio na
cidade de Salânea, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) R: Farmacuticas Jose Inacio Filho
nº 143, complemento, Caro, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Ricardo Ferreira dos Santos,
cujo o condutor era Ricardo Ferreira dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA
Ano: 2013
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD
Placa: PE12528
Chassi: 9C2KC1650ER09237
Data do acidente: 17/08/2018

Local e data: Salânea, 20/05/2019.

X Isaac Fernandes Vieira Junior
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

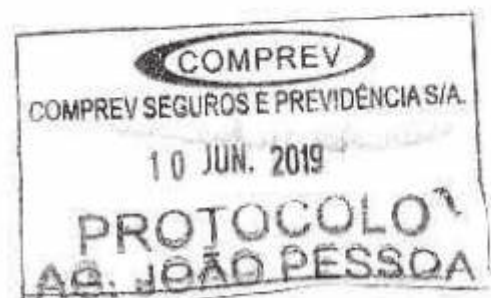
X Ricardo Ferreira dos Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

DINAH CORRÊA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
RUA DA INDEPENDÊNCIA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - SALÂNEA - PE
FONE: (085) 3333-1111 - FAX: (085) 3333-1112
E-MAIL: dinah@dinahcorrea.com.br

EDNA MARIA CORRÊA PAIVA
TITULAR
RUA DA INDEPENDÊNCIA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - SALÂNEA - PE
FONE: (085) 3333-1111 - FAX: (085) 3333-1112
E-MAIL: edna@dinahcorrea.com.br

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-002276
Reconhecido por autenticidade as firmas de:
ISAAC FERNANDES VIEIRA JUNIOR
RICARDO FERREIRA DOS SANTOS
Data: 19, em testemunho da verdade. Salânea-PE, 20/05/2019 10:38:48
EMOL: R\$ 10,00; FLP: R\$ 0,00; FARPEN: R\$ 0,58; IGS: R\$ 1,00
SELO DIGITAL: AIP37460-H8QD; AIP37461-H8QD
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

ELDA SOUSA ALENCAR DE BRITO - ESCRIVENTE
Elda Sousa Alencar de Brito
Escrivente



CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinatura do Titular

IVONETE FERREIRA SANTOS



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

P.917

MINISTERIO DA FAZENDA

Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
600.904.724-20

Nome
IVONETE FERREIRA SANTOS

Nascimento
10/03/1954

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL 1.454.210-22 V1 DATA DE EXPEDIÇÃO 26 DEZ 2005

NOME IVONETE FERREIRA SANTOS

RESIDÊNCIA Antonia Ferreira da Conceição

Arara-PB

DATA DE NASCIMENTO 10.03.1954

DIG. ORIGIN Cert. Casam. 147, Fls. 75vs, Liv. B - 01, Cart. de Solânea-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/09/83

CÓDIGO DE CONTROLE
ABF3.0CDF.D04A.3E2C

1308

ovante deverá
no endereço

gov.br

pela

el do Brasil

as 14:07:21 do dia 14/03/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236

Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 15/02/2011
NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA
FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM
MARIA DE PÁTIMA PINTO
NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985
DOC. ORGEM CASAM N. 18758 37 FLS. 058 LIV. 063
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB
CPF 011.197.984-69
ASSINATURA DO TITULAR
LUIZ GONZAGA DE AMORIM NÓBREGA
LEI Nº 10.000 DE 1999

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372135

Cidade: Solânea

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVONETE FERREIRA SANTOS

Data do acidente: 17/08/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO ESQUERDO E PERNA ESQUERDA, HIPOTROFIA DA PERNA E OMBRO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO, JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA DA PERNA E OMBRO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO, JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372135

Cidade: Solânea

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVONETE FERREIRA SANTOS

Data do acidente: 17/08/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO ESQUERDO E PERNA ESQUERDA, HIPOTROFIA DA PERNA E OMBRO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO, JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA DA PERNA E OMBRO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO, JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/06/2019

Conduta mantida:

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372135 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVONETE FERREIRA SANTOS **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FRATURA DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO
FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.4,6)LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA-FIXADOR EXTERNO- TÍBIA ESQUERDA.(P.6)
OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- RÁDIO DIREITO
(P.8)TRATAMENTO CONSERVADOR- OMBRO DIREITO

ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190372135

Cidade: Solânea

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVONETE FERREIRA SANTOS

Data do acidente: 17/08/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FRATURA DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO
FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA-FIXADOR EXTERNO- TÍBIA ESQUERDA.
OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- RÁDIO DIREITO
TRATAMENTO CONSERVADOR- OMBRO DIREITO

ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Ivoneide Ferreira Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Agricultora, residente e domiciliado à Rua Bela Vista, nº 186, bairro centro, Município de Solânea, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58225-000, portador(a) do Rg nº 1.454.210, SSP/..... e CPF nº 600.904.724-20.

Outorgado: Giullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes, Agundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Av. João Machado 553, sala 127, Centro, João Pessoa/PB. Telefone: (83) 3032-1329.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Ivoneide Ferreira Santos, ocorrido em 17/08/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Solânea, 20, de maio de 2019.

Ivoneide Ferreira Santos
Outorgante
CPF Nº 600.904.724-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

DINAH CORRÊA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
TITULAR
Rua João Antônio Ramalho, 269 - Centro - Solânea - PB
Fone: (83) 3032-1329 - E-mail: dinahcorrea@neto.com.br

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-002274
Reconheço por autenticidade a firma de:
IVONEIDE FERREIRA SANTOS
Dou fé, em testemunho da verdade. Solânea-PB, 20/05/2019 10:30:51
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,38 FAPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIP07459-6YJM
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tptb.pb.br>

Elda Sousa Alencar de Brito
Elda Sousa Alencar de Brito
Escritora

CARTÓRIO DINAH CORRÊA
TABELA
SOLÂNEA-PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196321/19

Vítima: IVONETE FERREIRA SANTOS

CPF: 600.904.724-20

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/08/2018

Titular do CPF: IVONETE FERREIRA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

IVONETE FERREIRA SANTOS : 600.904.724-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/06/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO