

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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190671081

Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENICE MARIA DA SILVA

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190671081

Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELENICE MARIA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190671081 **Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: 14/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELENICE MARIA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190671081 **Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: 14/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELENICE MARIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ELENICE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000031131-0

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.

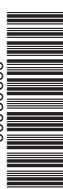
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	700.487.614-43	Elenice Maria da Silva	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (83) 58083-634		

Elenice Maria da Silva
 BECUSO
 Rua Siberia
 Industrias
 João Pessoa
 PB 58083-634
 (83) 58083-63400

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> BECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1033		CONTA: 00341310	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider 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.			

22 - 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):			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.			

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(s) / joanete(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.

NÃO ALFABETIZADO	34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____
	Impresso Assinado Data: 12/12/19 Assinatura Assinatura	CPF: _____	Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	CPF: _____	Assinatura da testemunha	

40 - Local e Data:	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
João Pessoa - PB 02/12/19		
Elenice Maria da Silva		

Glemyce marie da
Silva

agência - 1033

operações - 013

conta - 6633533-0

**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: 3190671081

Nome do(a) Examinado(a): Elenice Maria da Silva

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Siberia, 133

Industrias Joao Pessoa PB CEP: 58083-634

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3737198

Data local do acidente: [14/09/2019]

Data local do exame: [13/01/2020] 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 DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ VÁRIAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 16/12/2019

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO TORNOZELO.

- IV. Nexo de causalidade: 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 LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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.


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13277.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13277.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:36 horas do dia 19 de novembro 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 Elenice Maria da Silva, RG nº 3737198 SSP/PB, CPF nº 700.487.614-43, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Cabeleireira, filho(a) de Mercia Maria da Silva e Severino João da Silva Filho, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 30/11/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Siberia, Nº 133, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98738-3380.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Cajazeiras, Colegio Anaide Beiris, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/09/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 14/09/2019, POR VOLTA DAS 20:30, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA CG DE COR PRETA, ANO 2017/18, PLACA QFR-5593/PB, CHASSI 9C2KC2200JR128231, REGISTRADA EM NOME DE ALISSON FERNANDES ANDRE DA COSTA, A QUAL ESTAVA SENDO GUIADA PELO SENHOR JOSELITO DA TRINDADE SOUZA, PORTADOR DO CPF 062.773.614-90, E INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA NA AVENIDA CAJAZEIRAS, MOMENTO EM QUE UMA MOTOCICLETA VEIO NA CONTRA MÃO E PARA NÃO COLIDIR NA MESMA DESVIOU, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR PARTICULARS COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.6, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. YURY CORDEIRO.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 19 de novembro de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

ELENICE MARIA DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	700.487.614-43	Elenice Maria da Silva	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (83) 58083-634		

Elenice Maria da Silva
 BECUSO
 Rua Siberia
 Industrias
 João Pessoa
 PB 58083-634
 (83) 58083-63400

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> BECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1033		CONTA: 00341310	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider 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.			

22 - 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):			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.			

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(s) / joanete(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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.

NÃO ALFABETIZADO	34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____
	Impresso Assinado Data: 12/12/19 Assinatura Assinatura	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	CPF: _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, _____		39 - 2º Nome: _____	
		CPF: _____	
		Assinatura da testemunha	

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

João Pessoa - PB 02/12/19

Elenice Maria da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Glemyce marie da
Silva

agência - 1033

operações - 013

conta - 6633533-0

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENICE MARIA DA SILVA

BANCO: 104

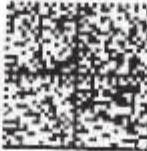
AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000031131-0

Nr. da Autenticação 7CA3D7478092D5FA



9912320200-DR/SPM
SSA
Correios



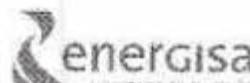
CTC RECIFE PE PL7
BENEDITO BEZERRA
A SIBERIA 133 C
INDUSTRIAS
55083-6344 JOAO PESSOA PB



72130956396056400000018358130250719

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.
Documento não é moeda viva de conta.
Número gerado para pagamento da fatura é a sequência do documento anterior: Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 38.995.163 / 0001-48 - Insc. Est. 16.215.323-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

OUT/2019

21/10/2019

214

28/10/2019

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago:
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1566 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPX?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 PRÉVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu - José Eduardo da Silva
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Elenice Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.487.614-43,
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Elenice Maria da Silva
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.487.614-43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

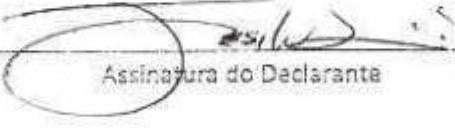
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei, e para fins de prova de residência (junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal).

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:	<u>(83)986634900</u>						Tel. (DDD):

Local e Data:

João Pessoa - PB 02/12/19


 Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ELENICE MARIA DA SILVA				PRONTUÁRIO Nº: 98 429	
IDADE: 25	SEXO: FEM	CLÍNICA	ENF: 98	LEITO: 429	
DATA DE ADESSO: 14/10/19		DATA DE ALTA: 01/10/19	TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL: RA. MOLÉGIO LIGEM					CID: S.82.6
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O nGMO.					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
PROCEDIMENTO REALIZADO: RA PI					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATÔMICA-PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:					
CONDICIONE DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO	CURADO		ÓBITO		
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TRATAMENTO, COMPLICAÇÕES): paciente submetida a tratamento cirúrgico etapa de ACOLADA CRUZADA - FIXAÇÃO TISSUA CO- PLATE - PROFUNDO ACESE ALTO E BOAS CONDIÇÕES					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **lívore**

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **oxic. 1. A-TIB/0110**

RETORNO Ao posto de saúde em **01/10/19** para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do **DR. THOMAS** em **30** dias para revisão. **07 DIOS**

01/10/19
DATA

DR. VILMOS GOMBERG

ASS. MÉDICO / CRM

501.
Paul. niv. de condit.
de niv.
Nega niv. de eleva.
Car do e fund. mi. favela. (C)
ura e carimbo.
Ex: fundo do vale do laranjal.
Ita fundo exp. do Vauze. (C)
CD.
Do laranjal vauze.
CfeldoVauze 25 VABID - EV.
Q4 - 5000 v. (14)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Junior
ENTERMAGEM
OROLOGIA
P-365131007-1333

ACERCA DE MÉTODO REALIZADO

STÍNO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

8 Maria da Glória

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 14/04/14

Nome: Gloria dos Santos Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: Do + fumante com tab.

HDA: Resfriado com febre

Boa noite

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Itterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Ridez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores:

Alergias:

Cirurgias:

[]JHAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Tijola []HTF
[]Trauma []Neo []Tabagismo

Exercício Físico:

Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS

Dislipidemias

DM

TB

NEO

Exame Físico:

Peso: Kg

Altura:

m

IMC =

PA =

FC =

FR =

TEMP(°C) =

mmHg

Geral:

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia):

Gânglios:

Pele:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

Resultados de Exames Complementares:

Rx

Hipóteses Diagnósticas:

fx exerto de tut.

Conduta:

De bloco
Gesso

Set 2019



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Quenio José da Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo: <i>F</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>30/08/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Thales Corrêa</i>	3º Assistente:		1º Assistente: <i>R. M. Marcondes</i>	
2º Assistente: <i>R. K. L. L. M.</i>				Instrumentador:	
Anestesista:				Horário: I: <i>10:00</i>	T: <i>12:00</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de um coulo L6-T7</i>				CID	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>O mesmo</i>				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Osteosíntese</i>				CÓDIGO	

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva:
Riopsia de Congelação:	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Envolvimento do Paciente após Cirúrgico: Terapia Intra 3() Residência 4() Óbito		durante o Ato Cirúrgico

Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorso sob anestesia.
Espondé em art. E.
Preparo é art. 880880.
Posições de corpos (G) TÉRSEIS.

Incisão:

Tríplice em TWT (5).

Achados: Visualizado fratura cominíca
de T10/11 o interior

Conduta:

Lnc de foco da fratura.
oposição de placas 1/3 fúrcula
6 furos em posição postero-lateral
sob uso de intensificador de fratura
oposição de 1 parafuso espesso
para redução da fratura. Seja
uso de escopis.

Fechamento:

Suturas por pontos
curativo

OBS: Remoção de graxa TBF em WLS.
Tolo Bota

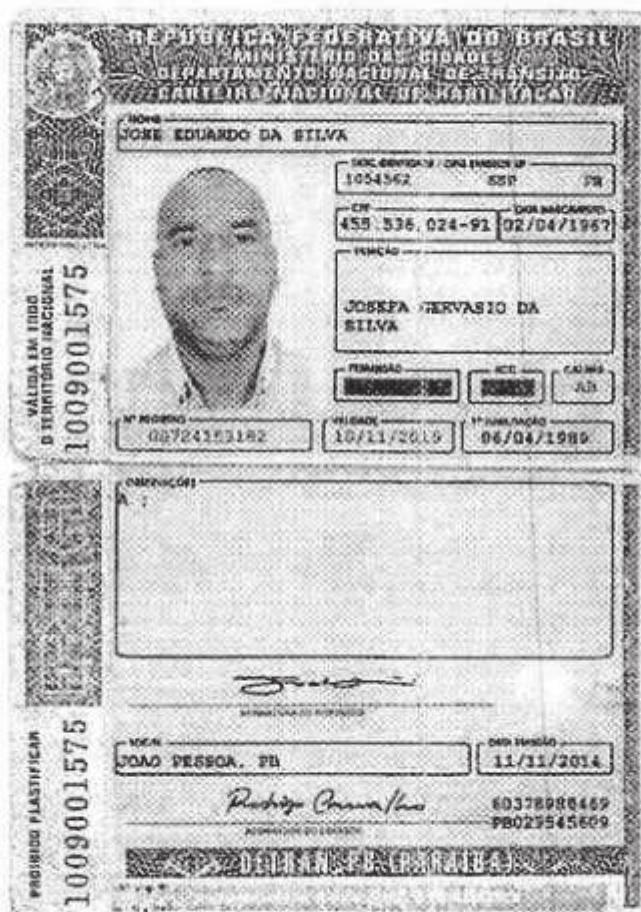
Data: 30/09/19

Reg. de At. Rega
09/19/B
Cirurgiatriologia
Or. MÉDICO/CRM



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.737.198 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	12/04/2011
NOME	ELENICE MARIA DA SILVA		
PAI/AÇÃO	SEVERINO JOÃO DA SILVA FILHO MÉRCIA MARIA DA SILVA		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
ITABAIANA-PB	30/11/1993		
DOC. ORIGEM			
NASC. N. 6834 FLS. 128V LIV. A-18			
CPF/CARTÓRIO ITABAIANA/PB			
700.487.614-43			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/06/93			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190671081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNозELO ESQUERDO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TORNозELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO FÍSICO: DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO TORNозELO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNозELO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 50% DE MOBILIDADE, EDEMA RESIDUAL, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNозELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNозELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190671081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOCÉLIO ESQUERDO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TORNOCÉLIO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO FÍSICO: DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO TORNOCÉLIO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOCÉLIO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 50% DE MOBILIDADE, EDEMA RESIDUAL, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOCÉLIO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOCÉLIO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190671081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5,6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190671081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5,6

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Tânia... Maria... da... Silveira, brasileiro(a), estado civil casada, profissão casada, residente e domiciliado à Rua Av... Silveira, nº 133, bairro das... Indústria, Município de José... Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.000-000, portador(a) do Rg nº 3.737.193, SSP/ PB e CPF nº 700.427.614-43.

Outorgado: José... Eduardo... da... Silveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente... F. L. Costa... Duarte, nº 157, bairro Centro... Galveias, Município de José... Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58.000-000, portador (a) do RG nº 105.456.2, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

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) Tânia... Maria... da... Silveira, ocorrido em 14/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Incêndio.

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.

José... Pessoa, 19, de novembro de 2019.



Tânia... Maria... da... Silveira
Outorgante
CPF Nº 455.536.024-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428036/19

Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

CPF: 700.487.614-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/09/2019

Titular do CPF: ELENICE MARIA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ELENICE MARIA DA SILVA : 700.487.614-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428036/19

Número do Sinistro: 3190671081

Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

CPF: 700.487.614-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/09/2019

Titular do CPF: ELENICE MARIA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA