
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

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

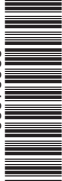
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-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



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

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 700.487.614-43 4 - Nome completo da vítima: Clemice 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: Clemice Maria da Silva 6 - CPF: 700.487.614-43
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Siberia 9 - Número: 133 10 - Complemento:
11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-634
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 0034131 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.

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):

☒ 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, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - ☐ Impedido ☐ Deixado ☐ Omitido ☐ Não informado ☐ Não assinado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 02/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Glennice Maria da
Silva

agência - 1033

operações - 013

conta - 0033333-0

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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
Indústrias 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, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ VÁRIAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HOVE 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 DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO TORNOZELO.

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

☒ **Sim** ☐ **Não**

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

☒ **Sim** ☐ **Não**

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR, DEFICIT 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"

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):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

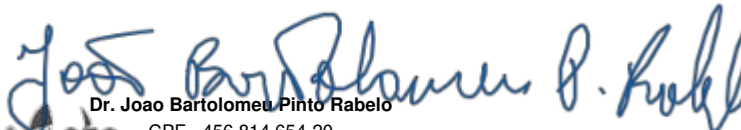
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

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 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: A(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.**

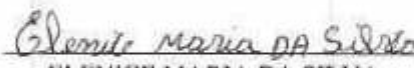
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 DESVIU, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR PARTICULARES 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 700.487.614-43 4 - Nome completo da vítima: Clemice 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: Clemice Maria da Silva 6 - CPF: 700.487.614-43
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Siberia 9 - Número: 133 10 - Complemento:
11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-634
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663 4900

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 0034131 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.

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):

☒ 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, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso dispondo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - ☐ Impedido ☐ Deixado ☐ Omitido ☐ Não informado ☐ Não assinado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 02/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Clemice Maria da
Silva

agência - 1033

operações - 013

conta - 0033333-0

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

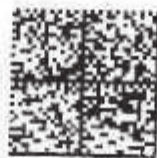
Nr. da Autenticação 7CA3D7478092D5FA



SQ: 010.752.310 25/07/2019 183581
DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PL7
BENEDITO HEZERRA
R SIBERIA 133 C
INDUSTRIAS
58083-634 JOAO PESSOA PB



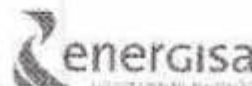
721309863968554000018358130250719

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de corte

Boleto para serviços de aquecimento de água fornecido pela rede pública Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.995.183/0001-40 Insc.Est. 16.215.325-0

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

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 - JOÃO 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 S/A 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



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)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 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 SUSEP 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 COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECESAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jose 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

Invalidez

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:

☒ Recusa 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:

Rua Agente Fiscal Jose B. Duarte

Número:

157

Complemento:

Bairro:

Marabá

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

E-mail:

Tel (DDD):

(83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB 02/12/19


Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>ELENICE MARIA DA SILVA</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>25</u>	SEXO: <u>FEM</u>	Clinica	ENF: <u>98</u>	LEITO: <u>424</u>	
DATA DE ADMISSÃO: <u>14/09/19</u>		DATA DE ALTA: <u>01/10/19</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>PA MÚLTIPO LACTEM</u>				CD: <u>S.82.6</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O MESMO.</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>RAPI</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES):
DOENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO ESTATUT DE
ACÚLIAS CRUÇAS - FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA - PARAFUSO
NECESSA ALTA E BOAS CONDIÇÕES

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: LIQUIDA
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: Lave-a 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: ALIC A. D-TISOLITEO

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

01/10/19

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
DOSS. INSS. EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

REFEITURIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
NOME: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
RUA: 1056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ: () -

Data: 14/09/2019
Hora: 21:24:14
Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEREIRA
Clinica: CIRURGICA

NOME DO PACIENTE: ELENICE MARIA DA SILVA
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.09.001636
CPF: 204152531730006 Sexo: F IDENTIDADE: 3737198 Fone: 987823232
Municipal: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 30/11/1993 Id: 25 ano(s)
End.: RUA SIBERIA, 133
Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: MERCIA MARIA DA SILVA Pai: SEVERINO JOAO DA SILVA FILHO
Raça: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: SERVENTE DE LIMPEZA Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO
Informacoes de Entrada
Respons.: ELENICE MARIA DA SILVA
Médico/Doc. Responsavel: 987823232 / IDENTIDADE: 3737198
Local de Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vítima de acidente por: MOTO COM MOTO, PASSAGEIRA, BAIRRO DAS INDUS, AGORA
Vítima de violência por: NAO
Caso Policial

RE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:
A: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
C: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispineia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Frec. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Paciente vitima de queda de moto há 40 min. Infama usar capacete, nega TCE, trauma abdominal ou torácico.
Diagnostico: Escorregou em um buraco. Dor e edema em tornozelo.
Prescrição: Vacina anti-tétano atualizada. Analgésico 500mg. 1x/8h, IM, 8.
Horario da medicação: Salvo necessidade de torção, dor, tornozelo e pé.
- Salvo necessidade ortopédica.

MARCELO CORREIA CRIVELLO
CIRURGIÃO GERAL
ROE Nº 12.428
CRM/PE 12.428

SA.

Parol. mltum de condit.
de mlt
Nega mltos ar clmno

a e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Car de 1 funf. m. Jangit. (E)

Rx: funf. de mltulo lntul.
Hb funf. expat. de Jangit. (E)

CD. Lo lltuo mny. 00
lifelotum 25 VARIA - EV.
819 - 5000 ul - (14)

ANOTACOES DA

Junior
Onomatologia
CPL-1389-1107-1303

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

OCEDIMENTO REALIZADO

STINO DO PACIENTE

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

Mariza da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Gloria no ASICA Idade: _____ Data da Admissão: 14/04/11
Prontuário: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____

QPD: Do + febre com toz

HDA: Febre com toz e fadiga

Signt

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] 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
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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-reposou [] 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: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

Exercício Físico: _____

Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas: *fx suparto de t. t. t.*

Conduta: *De 01/04/2019*

Dr. Carlos Roberto S. Oliveira
Médico de Família e Comunidade
CRM 10.000/2019

SET 2019



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Buenos da Silva			Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	1º Assistente:		2º Assistente:	
30/08/11	Dr. Thales Farias	R. R. R.		R. R. R.	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		Horário:	
R. R. R.				I: T:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:				

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de um côilo
Lateral (S)

CID

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

o mesmo

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

OSTEOSSÍNTESE

CÓDIGO

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () S
2 () N

Tratamento do Paciente após Cirúrgico:

Terapia Intra 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição em Decúbito Dorso sob mesa
 Espinote com ant. e.
 Membros e ant. e. e. e. e.
 Posições de campos estereis.

Incisão:

Incisão em T12 (5).

Achados:

Visualizado fratura comunitária
 de T12 e L1

Conduta:

Lmc de foco da fratura.
 Posição de placa 1/3 tubular
 6 furos em posição pos. e. lateral
 sob uso de intensificação de furo
 Posição de 1 ponto esponjado
 para redução da fratura sob
 uso de escopis.

Fechamento:

Suturas por planos
 curativo

OBS:

Remoção de gesso T12 em MIE.
 T12 BOTA

Data:

30/05/19

Assinado e rubricado
 09/11/18
 Cirurgia
 Ortopedia/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA PESSOAL

INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 06



Elenice Maria DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.737.198 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 12/04/2011

NOME ELENICE MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO JOÃO DA SILVA FILHO
MÉRCIA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE ITABAIANA-PB DATA DE NASCIMENTO 30/11/1993

DOC ORDEM NASC. N. 6834 FLS. 128V LIV. A-18

CPF CARTÓRIO ITABAIANA/PB 700.487.614-43

ASSINATURA DO REITOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930902485 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

OVERSIGHT AND CONSPIRACY

2013	29/05/2018
------	------------

C. 170283690404
 MARCA / MODELLO
 CERS91/DR

[illegible]

4017	9	90246 24600 14974
------	---	-------------------

PRÊMIO TARIFÁRIO	
R\$ (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
100	100
200	200
300	300
400	400
500	500
600	600
700	700
800	800
900	900
1000	1000
1100	1100
1200	1200
1300	1300
1400	1400
1500	1500
1600	1600
1700	1700
1800	1800
1900	1900
2000	2000
2100	2100
2200	2200
2300	2300
2400	2400
2500	2500
2600	2600
2700	2700
2800	2800
2900	2900
3000	3000
3100	3100
3200	3200
3300	3300
3400	3400
3500	3500
3600	3600
3700	3700
3800	3800
3900	3900
4000	4000
4100	4100
4200	4200
4300	4300
4400	4400
4500	4500
4600	4600
4700	4700
4800	4800
4900	4900
5000	5000
5100	5100
5200	5200
5300	5300
5400	5400
5500	5500
5600	5600
5700	5700
5800	5800
5900	5900
6000	6000
6100	6100
6200	6200
6300	6300
6400	6400
6500	6500
6600	6600
6700	6700
6800	6800
6900	6900
7000	7000
7100	7100
7200	7200
7300	7300
7400	7400
7500	7500
7600	7600
7700	7700
7800	7800
7900	7900
8000	8000
8100	8100
8200	8200
8300	8300
8400	8400
8500	8500
8600	8600
8700	8700
8800	8800
8900	8900
9000	9000
9100	9100
9200	9200
9300	9300
9400	9400
9500	9500
9600	9600
9700	9700
9800	9800
9900	9900
10000	10000

[illegible]

PARAMETRO	VALOR UNITARIO	DATA DE REGISTRO
VALOR A = 0	0,00 (R\$)	

COPIA UNICA	INVOICE-ADO	29/05/2018
-------------	-------------	------------

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

$$y_1 = 0, \quad y_2 = 1, \quad y_3 = 2, \quad y_4 = 3, \quad y_5 = 4, \quad y_6 = 5, \quad y_7 = 6, \quad y_8 = 7, \quad y_9 = 8, \quad y_{10} = 9, \quad y_{11} = 10, \quad y_{12} = 11, \quad y_{13} = 12, \quad y_{14} = 13, \quad y_{15} = 14, \quad y_{16} = 15, \quad y_{17} = 16, \quad y_{18} = 17, \quad y_{19} = 18, \quad y_{20} = 19, \quad y_{21} = 20, \quad y_{22} = 21, \quad y_{23} = 22, \quad y_{24} = 23, \quad y_{25} = 24, \quad y_{26} = 25, \quad y_{27} = 26, \quad y_{28} = 27, \quad y_{29} = 28, \quad y_{30} = 29, \quad y_{31} = 30, \quad y_{32} = 31, \quad y_{33} = 32, \quad y_{34} = 33, \quad y_{35} = 34, \quad y_{36} = 35, \quad y_{37} = 36, \quad y_{38} = 37, \quad y_{39} = 38, \quad y_{40} = 39, \quad y_{41} = 40, \quad y_{42} = 41, \quad y_{43} = 42, \quad y_{44} = 43, \quad y_{45} = 44, \quad y_{46} = 45, \quad y_{47} = 46, \quad y_{48} = 47, \quad y_{49} = 48, \quad y_{50} = 49, \quad y_{51} = 50, \quad y_{52} = 51, \quad y_{53} = 52, \quad y_{54} = 53, \quad y_{55} = 54, \quad y_{56} = 55, \quad y_{57} = 56, \quad y_{58} = 57, \quad y_{59} = 58, \quad y_{60} = 59, \quad y_{61} = 60, \quad y_{62} = 61, \quad y_{63} = 62, \quad y_{64} = 63, \quad y_{65} = 64, \quad y_{66} = 65, \quad y_{67} = 66, \quad y_{68} = 67, \quad y_{69} = 68, \quad y_{70} = 69, \quad y_{71} = 70, \quad y_{72} = 71, \quad y_{73} = 72, \quad y_{74} = 73, \quad y_{75} = 74, \quad y_{76} = 75, \quad y_{77} = 76, \quad y_{78} = 77, \quad y_{79} = 78, \quad y_{80} = 79, \quad y_{81} = 80, \quad y_{82} = 81, \quad y_{83} = 82, \quad y_{84} = 83, \quad y_{85} = 84, \quad y_{86} = 85, \quad y_{87} = 86, \quad y_{88} = 87, \quad y_{89} = 88, \quad y_{90} = 89, \quad y_{91} = 90, \quad y_{92} = 91, \quad y_{93} = 92, \quad y_{94} = 93, \quad y_{95} = 94, \quad y_{96} = 95, \quad y_{97} = 96, \quad y_{98} = 97, \quad y_{99} = 98, \quad y_{100} = 99, \quad y_{101} = 100, \quad y_{102} = 101, \quad y_{103} = 102, \quad y_{104} = 103, \quad y_{105} = 104, \quad y_{106} = 105, \quad y_{107} = 106, \quad y_{108} = 107, \quad y_{109} = 108, \quad y_{110} = 109, \quad y_{111} = 110, \quad y_{112} = 111, \quad y_{113} = 112, \quad y_{114} = 113, \quad y_{115} = 114, \quad y_{116} = 115, \quad y_{117} = 116, \quad y_{118} = 117, \quad y_{119} = 118, \quad y_{120} = 119, \quad y_{121} = 120, \quad y_{122} = 121, \quad y_{123} = 122, \quad y_{124} = 123, \quad y_{125} = 124, \quad y_{126} = 125, \quad y_{127} = 126, \quad y_{128} = 127, \quad y_{129} = 128, \quad y_{130} = 129, \quad y_{131} = 130, \quad y_{132} = 131, \quad y_{133} = 132, \quad y_{134} = 133, \quad y_{135} = 134, \quad y_{136} = 135, \quad y_{137} = 136, \quad y_{138} = 137, \quad y_{139} = 138, \quad y_{140} = 139, \quad y_{141} = 140, \quad y_{142} = 141, \quad y_{143} = 142, \quad y_{144} = 143, \quad y_{145} = 144, \quad y_{146} = 145, \quad y_{147} = 146, \quad y_{148} = 147, \quad y_{149} = 148, \quad y_{150} = 149, \quad y_{151} = 150, \quad y_{152} = 151, \quad y_{153} = 152, \quad y_{154} = 153, \quad y_{155} = 154, \quad y_{156} = 155, \quad y_{157} = 156, \quad y_{158} = 157, \quad y_{159} = 158, \quad y_{160} = 159, \quad y_{161} = 160, \quad y_{162} = 161, \quad y_{163} = 162, \quad y_{164} = 163, \quad y_{165} = 164, \quad y_{166} = 165, \quad y_{167} = 166, \quad y_{168} = 167, \quad y_{169} = 168, \quad y_{170} = 169, \quad y_{171} = 170, \quad y_{172} = 171, \quad y_{173} = 172, \quad y_{174} = 173, \quad y_{175} = 174, \quad y_{176} = 175, \quad y_{177} = 176, \quad y_{178} = 177, \quad y_{179} = 178, \quad y_{180} = 179, \quad y_{181} = 180, \quad y_{182} = 181, \quad y_{183} = 182, \quad y_{184} = 183, \quad y_{185} = 184, \quad y_{186} = 185, \quad y_{187} = 186, \quad y_{188} = 187, \quad y_{189} = 188, \quad y_{190} = 189, \quad y_{191} = 190, \quad y_{192} = 191, \quad y_{193} = 192, \quad y_{194} = 193, \quad y_{195} = 194, \quad y_{196} = 195, \quad y_{197} = 196, \quad y_{198} = 197, \quad y_{199} = 198, \quad y_{200} = 199, \quad y_{201} = 200, \quad y_{202} = 201, \quad y_{203} = 202, \quad y_{204} = 203, \quad y_{205} = 204, \quad y_{206} = 205, \quad y_{207} = 206, \quad y_{208} = 207, \quad y_{209} = 208, \quad y_{210} = 209, \quad y_{211} = 210, \quad y_{212} = 211, \quad y_{213} = 212, \quad y_{214} = 213, \quad y_{215} = 214, \quad y_{216} = 215, \quad y_{217} = 216, \quad y_{218} = 217, \quad y_{219} = 218, \quad y_{220} = 219, \quad y_{221} = 220, \quad y_{222} = 221, \quad y_{223} = 222, \quad y_{224} = 223, \quad y_{225} = 224, \quad y_{226} = 225, \quad y_{227} = 226, \quad y_{228} = 227, \quad y_{229} = 228, \quad y_{230} = 229, \quad y_{231} = 230, \quad y_{232} = 231, \quad y_{233} = 232, \quad y_{234} = 233, \quad y_{235} = 234, \quad y_{236} = 235, \quad y_{237} = 236, \quad y_{238} = 237, \quad y_{239} = 238, \quad y_{240} = 239, \quad y_{241} = 240, \quad y_{242} = 241, \quad y_{243} = 242, \quad y_{244} = 243, \quad y_{245} = 244, \quad y_{246} = 245, \quad y_{247} = 246, \quad y_{248} = 247, \quad y_{249} = 248, \quad y_{250} = 249, \quad y_{251} = 250, \quad y_{252} = 251, \quad y_{253} = 252, \quad y_{254} = 253, \quad y_{255} = 254, \quad y_{256} = 255, \quad y_{257} = 256, \quad y_{258} = 257, \quad y_{259} = 258, \quad y_{260} = 259, \quad y_{261} = 260, \quad y_{262} = 261, \quad y_{263} = 262, \quad y_{264} = 263, \quad y_{265} = 264, \quad y_{266} = 265, \quad y_{267} = 266, \quad y_{268} = 267, \quad y_{269} = 268, \quad y_{270} = 269, \quad y_{271} = 270, \quad y_{272} = 271, \quad y_{273} = 272, \quad y_{274} = 273, \quad y_{275} = 274, \quad y_{276} = 275, \quad y_{277} = 276, \quad y_{278} = 277, \quad y_{279} = 278, \quad y_{280} = 279, \quad y_{281} = 280, \quad y_{282} = 281, \quad y_{283} = 282, \quad y_{284} = 283, \quad y_{285} = 284, \quad y_{286} = 285, \quad y_{287} = 286, \quad y_{288} = 287, \quad y_{289} = 288, \quad y_{290} = 289, \quad y_{291} = 290, \quad y_{292} = 291, \quad y_{293} = 292, \quad y_{294} = 293, \quad y_{295} = 294, \quad y_{296} = 295, \quad y_{297} = 296, \quad y_{298} = 297, \quad y_{299} = 298, \quad y_{300} = 299, \quad y_{301} = 300, \quad y_{302} = 301, \quad y_{303} = 302, \quad y_{304} = 303, \quad y_{305} = 304, \quad y_{306} = 305, \quad y_{307} = 306, \quad y_{308} = 307, \quad y_{309$$

CONTROL

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

570 08745 720622T 2057

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 TORNOZELO ESQUERDO.

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

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO 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 TORNOZELO ESQUERDO.

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

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO 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

Valoração 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: Elémica Maria da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão caldeira, residente e domiciliado à Rua Am. Silveira, nº 133, bairro das Indústrias, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 52.000-000, portador(a) do Rg nº 3.737.198, SSP/ PB e CPF nº 700.487.614-43.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente F. L. Costa Duarte, nº 157, bairro Manoel Góes, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 52.000-000, portador (a) do RG nº 10.54.562, 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) Elémica Maria da Silva, ocorrido em 14.10.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Inqualidez.

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.

João Pessoa, 19 de novembro de 2019.



Elémica Maria da Silva
Outorgante
CPF Nº 455.536.024-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço Por Autenticidade a firma de ELÉMICA MARIA DA SILVA, [128797], J.Pessoa-PB, 19/11/2019 11:14:46 Emol R\$9,91 Farpem:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AJL09318-FTU Consulte em <https://selodigital.tpb.jus.br>



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428036/19

Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

Data do acidente: 14/09/2019

CPF: 700.487.614-43

CPF de: Próprio

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

Data do acidente: 14/09/2019

CPF: 700.487.614-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELENICE MARIA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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