



07/07/2020

Número: **0001077-06.2019.8.17.3340**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de São José do Egito**

Última distribuição : **05/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEIDIANE FERREIRA DO CARMO (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64289476	07/07/2020 14:43	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190479300

Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

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

Carta nº 14714172





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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190479300 Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data do Acidente: 20/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	---

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

Pag. 01889/01900 - carta_03 - INVALIDEZ

00060950



Carta nº 14717378





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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190479300

Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

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

Pag. 01801/01802 - carta_02 - INVALIDEZ

00020901



Carta nº 14739118





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, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190479300

Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001296**

Conta: **0000015808-4**

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

Especifique o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DÁMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 09892687485 4 - Nome completo da vítima: LEIDIANE FERRAZ DO CARMO

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

5 - Nome completo: LEIDIANE FERRAZ DO CARMO 6 - CPF: 09892687485
7 - Profissão: REVENHO 8 - Endereço: RUA MAJ. CLAUDIO LEITE PEREIRA 9 - Número: 259 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BASTIÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: 30TACIUDPUNT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 0319831-7273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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\$2.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPEANÇA (se houver para os bancos abaixo. Assinaturem a opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3296 CONTA: 15808 4 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou inabilitado 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 (assinale 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.

Peço motivo assestado, solicitando 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNM) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima detinha companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima detinha companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos: 30 - Vítima detinha netos (filhos de filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 33 - Vítima detinha pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autógrafo

35 - Nome (legal) de quem assina a nota/pedido

36 - CPF (legal) de quem assina a nota/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a nota/pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BASTIÃO - PE, 02/08/2019.

Leidiane Ferraz do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019

14 AGO. 2019



**Lauda 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: 3190479300
Nome do(a) Examinado(a): Leidiane Ferreira do Carmo
Endereço do(a) Examinado(a): R Major Claudio Leite Andrade, 259
Centro Brejinho PE CEP: 56740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8550159
Data local do acidente: [20/04/2019]
Data local do exame: [30/08/2019] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS TRAUMA EM COLUNA REGIÃO LOMBAR
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 20/04/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS TRAUMA EM COLUNA REGIÃO LOMBAR. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE TOMOGRAFIA ONDE EVIDENCIOU HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTAL, PERMANECER POR 5 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR, POIS, A MESMA APRESENTAVA CONFUSÃO MENTAL E ALTERAÇÕES LEVES DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA FAZ USO DE COLETE PARA ESTABILIZAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR, POIS, A MESMA APRESENTA DORES PROFUNDAS EM REGIÃO LOMBAR, DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO LADO DIREITO E ESQUERDO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES, ALEM DE AFIRMAR DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES
Data da Alta: 25/04/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME NEUROLÓGICO: NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES AO EXAME DA COLUNA LOMBAR: FAZ USO DE COLETE PARA ESTABILIZAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR, POIS, A MESMA APRESENTA DORES PROFUNDAS EM REGIÃO LOMBAR. DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO LADO DIREITO E ESQUERDO.
- 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:
**DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA COLUNA LOMBAR.**
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):
SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 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.

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


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

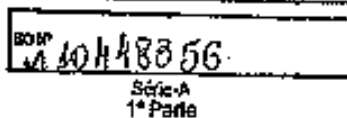
BDP

11 0448356

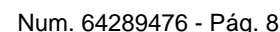
Série A
1ª Parte

Unidade Operacional	23ª BPM	Documento	20 DE SEC	Data de Registro	20/04/19	Hora de Registro	23:00	Nº de Folha/Tela de Registro	03/04
Descrição do Fato	ACIDENTE COM VITIMA FATAL								Assinatura de ocorrência da BDP
Data (dia/mês/ano)	20/04/19	Hora (horas)	23:00	<input checked="" type="checkbox"/> Antecipado	<input type="checkbox"/> Censurado	<input type="checkbox"/> Cópia	<input type="checkbox"/> Flgante	<input type="checkbox"/> Não Intervém	
Circunscrição do Fato	13A	Local Principal do Ocorrência	PE 275, KM 8						
Legislação (Artigo, Parágrafo, etc.)	RODOVIA PE 275								
Complemento (Rua, Alameda, etc.)	RUA								
Natureza	BREJINHO								
UF	PE								
Local de Registro	POUCO ANTES DO MOTEL DIVISA								
<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA	<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS	TURISTA				
Nome / Nome Social									
EDILSON FERREIRA DA SILVA									
Fm									
DAMIÃO CHAGAS MACHADO									
Mãe									
MARILENE FERREIRA DA SILVA									
Atividade / Serviço Público	Educação								
Qualificação	1. 1ª Grau Completo								
Idade	12								
Sexo	M								
Estado Civil	Solteiro								
1. 1ª Grau Completo	2. 2ª Grau Completo								
3. 3ª Grau Completo	4. 4ª Grau Completo								
5. 5ª Grau Completo	6. 6ª Grau Completo								
7. 7ª Grau Completo	8. 8ª Grau Completo								
9. 9ª Grau Completo	10. 10ª Grau Completo								
11. 11ª Grau Completo	12. 12ª Grau Completo								
13. 13ª Grau Completo	14. 14ª Grau Completo								
15. 15ª Grau Completo	16. 16ª Grau Completo								
17. 17ª Grau Completo	18. 18ª Grau Completo								
19. 19ª Grau Completo	20. 20ª Grau Completo								
21. 21ª Grau Completo	22. 22ª Grau Completo								
23. 23ª Grau Completo	24. 24ª Grau Completo								
25. 25ª Grau Completo	26. 26ª Grau Completo								
27. 27ª Grau Completo	28. 28ª Grau Completo								
29. 29ª Grau Completo	30. 30ª Grau Completo								
31. 31ª Grau Completo	32. 32ª Grau Completo								
33. 33ª Grau Completo	34. 34ª Grau Completo								
35. 35ª Grau Completo	36. 36ª Grau Completo								
37. 37ª Grau Completo	38. 38ª Grau Completo								
39. 39ª Grau Completo	40. 40ª Grau Completo								
41. 41ª Grau Completo	42. 42ª Grau Completo								
43. 43ª Grau Completo	44. 44ª Grau Completo								
45. 45ª Grau Completo	46. 46ª Grau Completo								
47. 47ª Grau Completo	48. 48ª Grau Completo								
49. 49ª Grau Completo	50. 50ª Grau Completo								
51. 51ª Grau Completo	52. 52ª Grau Completo								
53. 53ª Grau Completo	54. 54ª Grau Completo								
55. 55ª Grau Completo	56. 56ª Grau Completo								
57. 57ª Grau Completo	58. 58ª Grau Completo								
59. 59ª Grau Completo	60. 60ª Grau Completo								
61. 61ª Grau Completo	62. 62ª Grau Completo								
63. 63ª Grau Completo	64. 64ª Grau Completo								
65. 65ª Grau Completo	66. 66ª Grau Completo								
67. 67ª Grau Completo	68. 68ª Grau Completo								
69. 69ª Grau Completo	70. 70ª Grau Completo								
71. 71ª Grau Completo	72. 72ª Grau Completo								
73. 73ª Grau Completo	74. 74ª Grau Completo								
75. 75ª Grau Completo	76. 76ª Grau Completo								
77. 77ª Grau Completo	78. 78ª Grau Completo								
79. 79ª Grau Completo	80. 80ª Grau Completo								
81. 81ª Grau Completo	82. 82ª Grau Completo								
83. 83ª Grau Completo	84. 84ª Grau Completo								
85. 85ª Grau Completo	86. 86ª Grau Completo								
87. 87ª Grau Completo	88. 88ª Grau Completo								
89. 89ª Grau Completo	90. 90ª Grau Completo								
91. 91ª Grau Completo	92. 92ª Grau Completo								
93. 93ª Grau Completo	94. 94ª Grau Completo								
95. 95ª Grau Completo	96. 96ª Grau Completo								
97. 97ª Grau Completo	98. 98ª Grau Completo								
99. 99ª Grau Completo	100. 100ª Grau Completo								

14. ABO. 2019



1 AUG 2019





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRENCIA

M-10448356

Series
at Paris

[illegible]



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Especifique o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DÁMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 09892687485 4 - Nome completo da vítima: LEIDIANE FERRAZ DO CARMO

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

5 - Nome completo: LEIDIANE FERRAZ DO CARMO 6 - CPF: 09892687485
7 - Profissão: REVENHO 8 - Endereço: RUA MAJ. CLAUDIO LEITE PEREIRA 9 - Número: 259 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BASTIÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: 30TACIUDPUNT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 0319831-7273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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, resgatar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (se houver para os bancos abaixo, Assinaturem a opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3296 CONTA: 15808 4 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou inabilitado 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 (assinale 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.

Peço motivo asseverado, sob o compromisso de apresentar o Laudo do IML para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNM) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima detinha companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima detinha companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos: 30 - Vítima detinha netos (filhos de filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 33 - Vítima detinha pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autógrafo

35 - Nome (legal) de quem assina a nota/pedido

36 - CPF (legal) de quem assina a nota/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a nota/pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BASTIÃO - PE, 02/08/2019.

Leidiane Ferraz do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019

14 AGO. 2019





SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 154-02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 30/04/19 Ocorrência nº: 0048 Hora: 18:20
Local da Ocorrência: rua a Teixeira Bairro: Fazenda da Corvo Idade: 29 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
Apoio no Local: ☐ TPA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro
OIA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Regulado atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não atendido ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
☐ ADRESSÃO
☐ CLÍNICO
☐ DESAMBIENTAMENTO
☐ ELÉTRICIDADE
☐ FALTA
☐ FALTA (PAU)
☐ INTENÇÃO OCULTA
☐ LESÕES FÍSICAS

ANTECEDENTES:

☐ AIDS
☐ ALCOOLISMO
☐ AVC
☐ CIRURGIAS REALIZADAS
☐ CONVULSÕES
☐ DIABETES
☐ DOENÇA CARDÍACA
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
☐ DOENÇA MENTAL
☐ DOENÇA RENAL
☐ DRENAGEM
☐ HEPATOPATIA AGUDA
☐ HEPATOPATIA CRÔNICA
☐ MEDICAMENTOS
☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: CHP

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

pupilas anisocóricas, glaucos 22, frêmitos constantes na face, 14 mmHg.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mmHg ☐ <90mmHg

PA: 130 x 80 FC: PR TEMP: — °C - GLUCEMIA: 115 mg/dL - E. Com a: — SpO2aO2: 100 SpO2cO2: —

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disritmia Arritmia ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissue Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Náusea Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Perfusão Tissue Cardíaca Ineficaz ☐ Perfusão Tissue Cardíaca Pulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissue Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissue Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Desidratação ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SSV / Imobilização c/ collar cervical e prancha rígida / Transporte.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colisão moto x moto SIC, encontrada em decúbito dorsal, já sem resposta, adiantado RCP e SRI por outra equipe (Brazinho) - glaucos 22, frêmitos na face, abdome rígido, corte em MMS e MMT, em tempo, pupilas anisocóricas, não foto-reagente. Realizada imobilização c/ collar cervical e prancha rígida. Em AVP c/ SRI.

14 A60, 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	40277		PRONTUÁRIO 22593
DATA	21/04/2019	HORA 09:05	OPERADOR TMEDEIROS
OCORRÊNCIA	URGENCIA		
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	TEOFILIX GREGORIO DE ANDRADE		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO		IDADE 28a 1m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES FERREIRA DO CARMO		
FILIAÇÃO II	LUIS ALEXANDRE DO CARMO		
CIDADE	BREJINHO	PE 56740000	
ENDEREÇO	RUA JOSE BENTO 13		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	VARZEA NOVA		
TELEFONE		CELULAR 87991390373	
C.N.S.	707406016996570		IDENTIDADE 8550159
C.P.F.	098.926.874-85		REG. NAÇ.
NASCIMENTO	23/02/1991		COR PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO		PROFISSÃO AGRICULTORA

RESPONSÁVEL MARIA ADRIANA FERREIRA

Ass. Resp./Paciente

Maria Adriana Ferreira

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Acidente transito sendo sozinha vítima de colisão moto - carro com
TCE no tórax e fraturas das costelas transversas (laterais),
com leve desvio de L1, L2, L3 e L4.*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*ECG Regular, consciência, desorientada, eufórica, cianose,
hidratação, APA e restrição de urina*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *TCE / fraturas laterais (coluna)*

CID

DADOS DA SAÍDA

Data

25/4/19

Hora

9:15

H

3

Min

MOTIVO

() Alta Curada

(X) Alta Melhorado

() Alta a Pedido

() Transferência

() Evasão

() Óbito

MÉDICO/CRM

Dr. Luciano Fontes Costa

CRM 12534

14 AGO. 2019

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: EDIANE FERREIRA DO CARNEIRODa Clínica: U 72

Enfermaria: _____

A Clínica: NAVEGA

Leito: _____

Justificativa da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

TSC MData: 21/04/19

Assinatura do Médico Consultante

Georgiano Geral
CRM 2563

PARECER:

22/09/19: paciente infante de acidente de trânsito bilat
nas pernas. Apresenta coxa e, segue to
que de início normal
que de início normal com fôlego de pernas infante
e, 4, 6, 8, 10
após com
salvo mais, 10, 12, 14 de início e coxa
lateral, paralisia

16h. to de início, início de coxa e 10, 12, 14 de início
com paralisia

Ediane Pereira de Almeida
Neurologista
CRM 2563Ediane Pereira de Almeida
Neurologia
CRM 2563Data: 1/5/19Assinatura do Médico Especialista
14 ABO. 2019

PRONT.: 22593

Nº REQUIS.: 10638

EMISSION.: 22/04/2019

PACIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

SEXO: F

IDADE.: 28

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIHON KODEN	VALOR DE REFERÊNCIA
Método..:			
ERITOGRAMA			
HEMÁCIAS.....	4.010 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
		MASCULINO	4,5 a 5,9
milhões/mm ³			
HEMOGLOBINA.....	11,9 g/dl	FEMININO	12 a 16
		MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	37,8 %	FEMININO	35 a 46
		MASCULINO	41 a 53
VCM.....	94,3 fL	NORMAL	90 a 100
HCM.....	29,7 pg	NORMAL	26 a 34
CHCM.....	31,5 g/dL	NORMAL	31 a 35
RDW.....	13,8 %	NORMAL	11 a 13
LEUCOGRAMA			
LEUCÓCITOS.....	10.800 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELOCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIÉLOCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELOCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	75 % 8100 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	41 % 0432 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	16 % 1728 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS.....	5 % 0540 /mm ³	NORMAL	2 a 8
CONTADEM DE PLAQUETAS			
CONTADEM DE PLAQUETAS..:	345.000 mL/mm ³	NORMAL	150.000 a 450.000
OBSERVAÇÃO			
SÉRIE VERMELHA.....			
SÉRIE BRANCA.....			
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....			
OUTRAS OBSERVAÇÕES			

Marlene Christiane F. B. Pereira
C-001-87415
12/04/2019

14 ABO. 2019



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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000015808-4

Nr. da Autenticação 99793C4E9F2766BB





Banco Social de Energia Elétrica - Cadea pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 811, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-002
CPF 26.931.632/0001-01 Insc. Est. 0055112-65 www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LEONIANE FERREIRA DO CARMO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAJ CLAUDIO LEITE ANDRADE 258

CPF 098 928 874-85

CENTROBRE ANHO

BREJINHO PE

58740-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTADOR	DATA	VALOR
08205134	01/07/2019	0,00
11072019	2018570491	453002

CONTADOR	DATA	VALOR
7032921412	07/2019	121,74
18/07/2019	13/08/2019	

DESCRIÇÃO DA DESPESA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Energia Elétrica	141,000000	0,72003065	101,66
Acrescimo Unidade Residencial			13,83
Contribuição Pública Municipal			19,42
Bônus ITAPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,38

TOTAL DA FATURA

121,74

INDICADOR	PERÍODO	VALOR	DATA	VALOR	PERÍODO	VALOR	DATA	VALOR
CONTADOR	041	453002	21/06/19	11072019	21/06/19	21/06/19	21/06/19	21/06/19

DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
Consumo Energia Elétrica	101,66	Consumo Energia Elétrica	101,66
Acrescimo Unidade Residencial	13,83	Acrescimo Unidade Residencial	13,83
Contribuição Pública Municipal	19,42	Contribuição Pública Municipal	19,42
Bônus ITAPU - art 21 da Lei 10.438/2002	-0,38	Bônus ITAPU - art 21 da Lei 10.438/2002	-0,38

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:43:29
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714432986000000063102074
Número do documento: 20070714432986000000063102074

14 AGO. 2019



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 027.243.372



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO
RUA ANTONIO BARRETO 41
PATOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/451385-9

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

28/06/2019

CONSUMO

44

VENCIMENTO

05/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 36,54

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/07/2019				
Pagador: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO CNPJ/CPF: 081.736.954-66				
RUA ANTONIO BARRETO 41 - MONTE CASTELO - PATOS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003286585	000451385201906	05/07/2019	R\$ 36,54	
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				

14 AGO. 2019





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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: 0800-3596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-88 | SAC (para dúvidas e auditorias a dia 24h): 0800-022-12-06 | Central Ouidoria: 0800-021-91-85

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/01BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASRX?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.

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 penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu JOSE OTACIO BATISTA DE LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083886574 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEIDIANE FERREIRA NO CAMPO inscrito (a) no CPF sob o nº 098926874 / 85

do sinistro de DPVAT cobertura INVULNERA da vítima LEIDIANE FERREIRA NO CAMPO

Inscrito (a) no CPF sob o nº 098926874 / 85, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 208 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA ANTONIO BARRETO</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>MONTA CASTELO</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>otacio.batista@gmail.com</u>	CEP: <u>58707-180</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9831-7273</u>

Local e Data: PATOS-PB, 02 DE AGOSTO DE 2019.

Jose Otacio Batista de Lima
Assinatura do Declarante

14. AGO. 2019

DIC/PL-001 V001/2017





SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 154-02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 20/04/19 Ocorrência nº: 0048 Hora: 18:20
Local da Ocorrência: rua a Teixeira Bairro: Fazenda da Corvo Idade: 29 Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
Apoio no Local: ☐ TPA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro
OIA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Regulado atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não atendido ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ FISIOLÓGICO
☐ ADRENAÇÃO ☐ FISIOLÓGICO
☐ CLÍNICO ☐ FISIOLÓGICO
☐ DESAMBIENTAMENTO ☐ QUAIS APOIAMENTOS/FOCALIZADO
☐ ELÉTRICO ☐ QUAIS METROS
☐ FALTA ☐ QUAIS METROS
☐ FALTA (PAU) ☐ QUAIS
☐ INTENÇÃO OBSTACULADO
☐ LESÕES FÍSICAS

ANTECEDENTES:

☐ AIDS ☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO ☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC ☐ PRIMA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS ☐ IMPLANTADO ANTIDROGA
☐ CONVULSÕES ☐ IMPLANTADO ANTIDROGA
☐ DIABETES ☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA ☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: CHP

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

pupilas anisocóricas, glaucos 22, frêmitos constantes na face, 14 mmHg.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mmHg ☐ <90mmHg

PA: 120 x 80 FC: PR 111 TEMP: — °C - GLUCEMIA: 115 mg/dL - E. Com a: — SpO2aO2: 100 SpO2cO2: —

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disritmia Arritmia ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Náusea Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíaca Pulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Desidratação ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SSV / Imobilização c/ collar cervical e prancha rígida / Transporte.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colisão moto x moto SIC, encontrada em decúbito dorsal, já sem resposta, adiantado ACP e SRL por outra equipe (Brazinho) - glaucos 22, frêmitos na face, abdome rígido, corte em MMS e MMT, em tempo, pupilas anisocóricas, não foto-reagente. Realizada imobilização c/ collar cervical e prancha rígida. Em ACP e SRL.

14 A60, 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	40277		PRONTUÁRIO	22593		
DATA	21/04/2019	HORA	09:05	OPERADOR	TMEDEIROS	
OCORRÊNCIA	URGENCIA					
CLASSIF. RISCO						
ORIGEM	VIA PÚBLICA					
MÉDICO	TEOFILIX GREGORIO DE ANDRADE					
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA					
PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO		IDADE	28a 1m	GÊNERO	FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES FERREIRA DO CARMO					
FILIAÇÃO II	LUIS ALEXANDRE DO CARMO					
CIDADE	BREJINHO	PE	56740000			
ENDEREÇO	RUA JOSE BENTO 13					
BAIRRO	CENTRO					
NATURALIDADE	VARZEA NOVA					
TELEFONE			CELULAR	87991390373		
C.N.S.	707406016996570		IDENTIDADE	8550159		
C.P.F.	098.926.874-85		REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/02/1991		COR	PARDO		
EST. CIVIL	SOLTEIRO		PROFISSÃO	AGRICULTORA		

RESPONSÁVEL MARIA ADRIANA FERREIRA

Ass. Resp./Paciente

Maria Adriana Ferreira

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Acidente transito sendo sozinha vítima de colisão moto - carro com
TCE no tórax e fraturas das costelas transversas (laterais),
com leve desvio de L1, L2, L3 e L4.*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*EC, RX tórax, consciência, desorientada, eufórica, cianose,
hidratação, APA e restrição do volume*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *TCE / fraturas laterais (coluna)*

CID

DADOS DA SAÍDA

Data

25/4/19

Hora

9:15

H

3

Min

MOTIVO

() Alta Curada

(X) Alta Melhorado

() Alta a Pedido

() Transferência

() Evasão

() Óbito

MÉDICO/CRM

Dr. Luciano Fontes Costa

CRM 12534

14 AGO. 2019

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: EDIANE FERREIRA DO CARMODa Clínica: U 72

Enfermaria: _____

A Clínica: NAVEGA

Leito: _____

Justificativa da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

TSC MData: 21/04/19

Assinatura do Médico Consultante

Georgiano Geral
CRM 2563

PARECER:

22/09/19: paciente infante de acidente de trânsito bilat
nas pernas. Apresenta coxa e, segue to
que de início normal
que de início normal com fadiga de pernas infante
e, 10, 15, 16
após com
salvo mais, 16, 17, 18. 19 de início e coxa
lateral, paralisia

16h. 19 de início, início de coxa e 16h de início coxa
com paralisia lateral

Ediane Pereira de Almeida
Neurologista
CRM-PR 244Ediane Pereira de Almeida
Neurologia
CRM-PR 244Data: 1/5/19Assinatura do Médico Especialista
14 ABO. 2019

PRONT.: 22593

Nº REQUIS.: 10638

EMISSION.: 22/04/2019

PACIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

SEXO: F

IDADE.: 28

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIHON KODEN	VALOR DE REFERÊNCIA
Método..:			
ERITOGRAMA			
HEMÁCIAS.....	4.010 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
		MASCULINO	4,5 a 5,9
milhões/mm ³			
HEMOGLOBINA.....	11,9 g/dl	FEMININO	12 a 16
		MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	37,8 %	FEMININO	35 a 46
		MASCULINO	41 a 53
VCM.....	94,3 fL	NORMAL	80 a 100
HCM.....	29,7 pg	NORMAL	26 a 34
CHCM.....	31,5 g/dL	NORMAL	31 a 35
RDW.....	13,8 %	NORMAL	11 a 13
LEUCOGRAMA			
LEUCÓCITOS.....	10.800 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELOCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIÉLOCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELOCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	75 % 8100 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	41 % 0432 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	16 % 1728 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS.....	5 % 0540 /mm ³	NORMAL	2 a 8
CONTADEM DE PLAQUETAS			
CONTADEM DE PLAQUETAS..:	345.000 mL/mm ³	NORMAL	150.000 a 450.000
OBSERVAÇÃO			
SÉRIE VERMELHA.....:			
SÉRIE BRANCA.....:			
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:			
OUTRAS OBSERVAÇÕES			

Marlene Christiane F. B. Pereira
C-001-87415
12/04/2019

14 ABO. 2019



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	40277	PRONTUÁRIO 22593	
DATA	21/04/2019	HORA 09:05	OPERADOR TMEDEIROS
MÉDICO	TEOFILHO GREGÓRIO	DE ANDRADE	
PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO	IDADE 28a 1m	

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: -

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

RECOMENDAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito
DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar
() Transferência para

PATOS/PB, ____ DE ____ DE 20__

MÉDICO/CRM

14 ABO. 2019

ced





Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME E PELVE

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste iodado, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Fígado com contorno, dimensões e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de sinais de dilatação biliar intra e extra-hepática.

Baço com tamanho e densidade normais.

Pâncreas e adrenais de aspecto anatômico.

Rins tópicos, de morfologia e dimensões normais, sem sinais de dilatação pielocalicinal.

Aorta de trajeto e calibre normais.

Não há evidências de linfonodomegalias.

Alças intestinais de calibre preservado.

Bexiga repleta, de paredes finas e conteúdo homogêneo.

Ampola retal centrada.

Diminuta quantidade de líquido livre na pelve.

Fratura linear, completa e com leve desvio ósseo dos processos transversos diretos de L1, L2, L3 e L4.

Fossas isquiorretais livres.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:42.

14 AGO. 2019

Dr. Antonio Gabriel da Jesus Barbosa
CRM - 52505739





Atendimento: 201900287965

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste lodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diâmetros normais.


Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

Impressão Diagnóstica:

Tomografia computadorizada dentro da normalidade.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 11:55.


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB

14. AGO. 2019





Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Hematoma subgaleal e aumento das partes moles na região frontal.
Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, fissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.
Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.
Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:50.

14 AGO. 2019

Dr. Antonio Gabriel de Jesus Barbosa
CRM - 52905799





Atendimento: 201900287965

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.

Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.

Quarto ventrículo anatômico.


Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(s) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:21.

14 AGO. 2019


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB





Atendimento: 201900287985

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste lodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais alinhados, de altura preservada.

Pedículos íntegros.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias de aspecto habitual.

Espaços discais mantidos.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.


Articulações sacroilíacas preservadas.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico da coluna lombossacra dentro dos padrões de normalidade nos níveis estudados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:58.


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB

14 ABO. 2019



Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

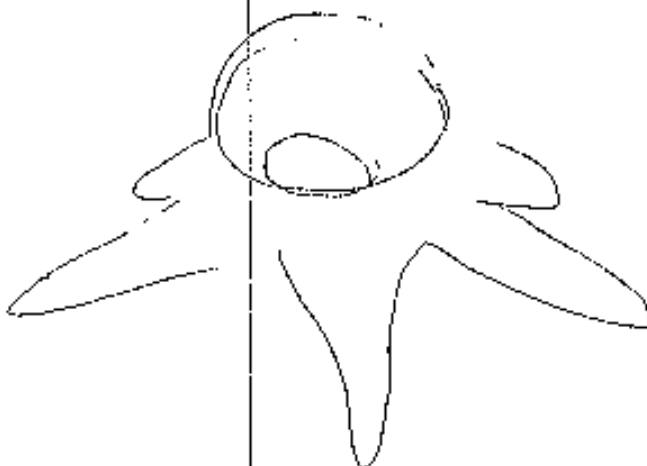
Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Retificação da curvatura fisiológica da coluna cervical.
Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.
Articulações uncovertebrais e interfacetárias de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Forames de conjugação livres

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:31.

14 AÇO. 2019



Dr. Antonio Gabriel de Jesus Barbosa
CRM - 32905739



Hospital Regional de Patos - RX
00000278877

44 W

EL 54153

24 Ago 2020

Bart. AJ
00000017951

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, 14/04/1990

20/07/2020 14:43:29



Hospital Regional de Patos - RX
000000017951

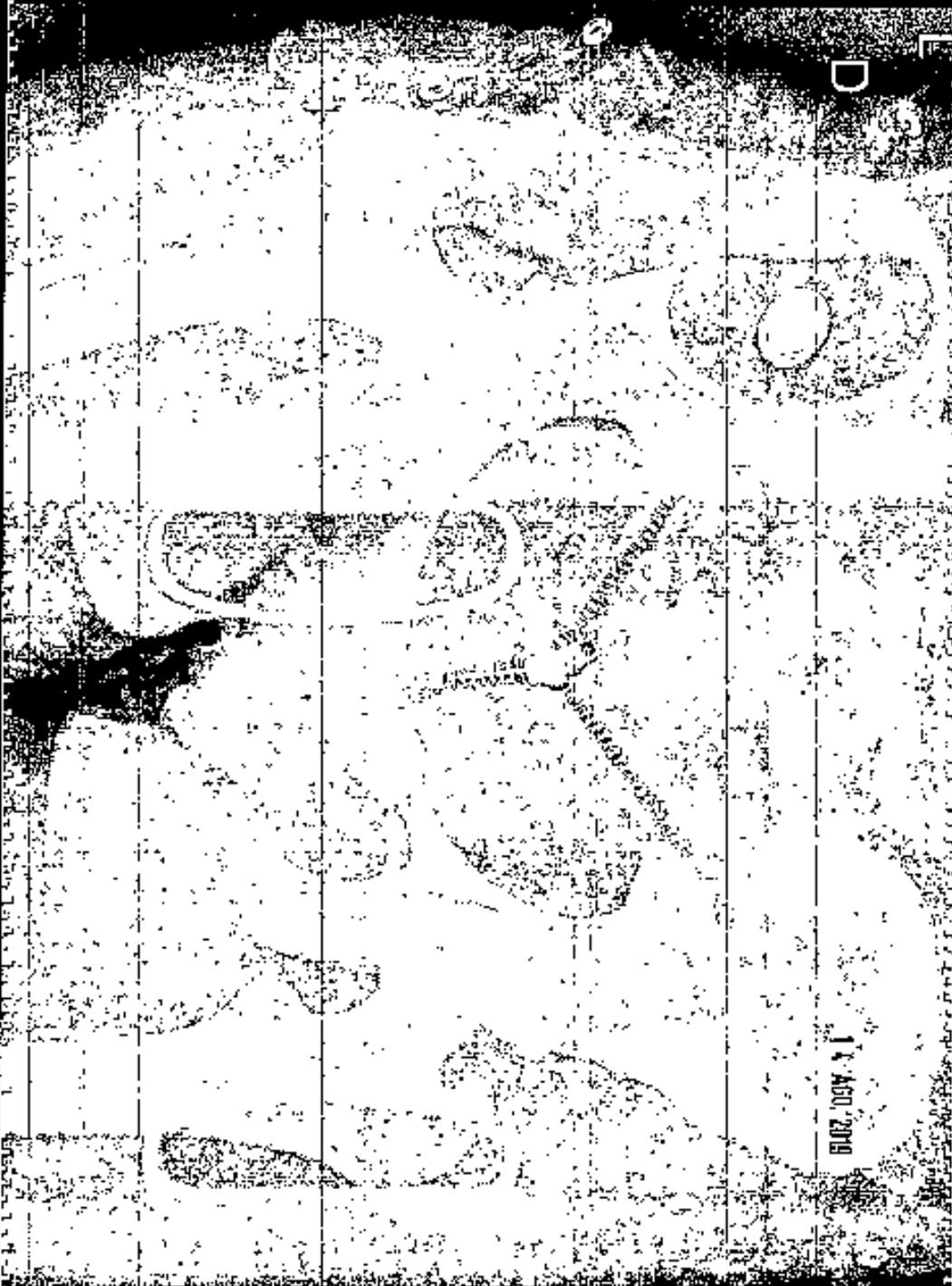
80 %

11.53.48

Bafo, Entrada
000000017951

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, 71/Jan/1990

20/Jul/2019 20:50:17



14 AGO 2019



Hospital Regional de Foz de Iguaçu - RX

00000078377

50 W

El 5:53a



Itaja, AP

20/Abr/2019 21:00:54

0000005547951

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, *1/Jan/1990

14 ABO. 2019





14 AGO. 2019





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

098.926.874-85

Nome

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Nascimento

23/02/1991

14 AGO. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 7092913 SDS PE

CPF **DATA NASCIMENTO**
 081.886.574-17 06/02/1989

FILIAÇÃO
 JOSE VALERIANO DE LIMA
 MARIA LUZINETE BATISTA DE LIMA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 [] [] AB

Nº REGISTRO **VALIDADE** **1ª HABILITAÇÃO**
 04295047969 09/02/2023 15/02/2008

OBSERVAÇÕES

Jose Otacilio Batista de Lima
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA EMISSÃO**
 PATOS, PB 05/03/2018

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
 ASSINATURA DO EMISSOR

41615542015
 PB036270164

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1638550962

PROIBIDO PLASTIFICAR
1638550962

14 AGO. 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190479300 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS TRAUMA EM COLUNA REGIÃO LOMBAR

Descrição do exame AO EXAME NEUROLÓGICO: NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES

físico: AO EXAME DA COLUNA LOMBAR: FAZ USO DE COLETE PARA ESTABILIZAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR, POIS, A MESMA APRESENTA DORES PROFUNDAS EM REGIÃO LOMBAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO LADO DIREITO E ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM COLUNA LOMBAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, CPF 098.926.874-85, RG 8550159, Órgão emissor SDS-PE, Est. Civil Reunio, profissão Reunio, Endereço RUA MAJ. CLAUDIO LIMA AVONAZ, 259, bairro centro, cidade de BRASILEINHO - PE, CEP nº 56740-000

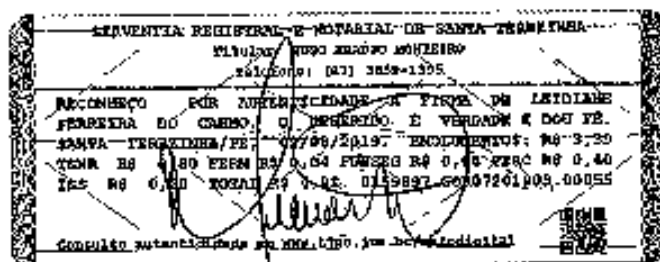
OUTORGADO: JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.866.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB, CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fim e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

VÍTIMA: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO
CPF: 098.926.874-85, data acidente 20 / 04 / 2019,
cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Local e data: Santa Teresinha - PE 02/08/2019

Leidiane Ferreira do Carmo
OUTORGANTE



14 AGO. 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278699/19

Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

CPF: 098.926.874-85

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 20/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

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

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO : 098.926.874-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019
Nome: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO
CPF: 098.926.874-85

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

