

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10547583

A/C: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170097850 ASL-0063833/17
Vítima: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA
Data Acidente: 01/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10564248

A/C: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Sinistro: 3170097850 ASL-0063833/17
Vitima: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA
Data Acidente: 01/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -



Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINISTRO

DOCUMENTO 1 "TTP"

to.com.br ou
022 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusiva com dados de terceiros, ainda que esses sejam beneficiários do seguro DPVAT, nunca rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Suellem dos Santos da Rocha

PORTADOR/A DO RG No.: 2908697 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 23/07/2017 E

CPF 016161128444-18 ICNPJ 000000000-00000000 - 00000000 - 00, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
No. BANCO No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. DE CONTA CORRENTE

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
No. BANCO 237 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 1914 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 00112958-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

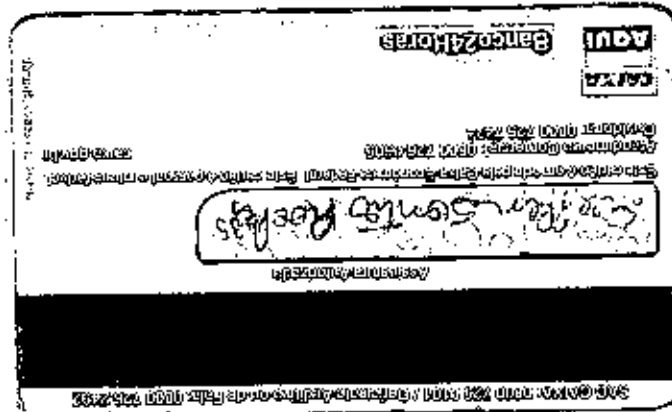
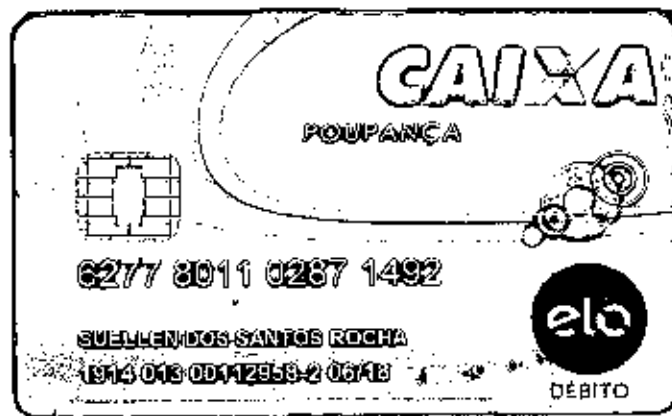
- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL

DATA 30/04/2017

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Suellem dos Santos da Rocha

SEGURADORA LÍDER DPVAT 10 E 06/02/2017 11:57 - 000000021816



SEGURADORA LIDER DPUNT 10 2 06/02/2017 11:58 - 0000021821

DELEGACIA
1ª Superintendê

DOCUMENTO 1 *T1%*



5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
14ª Delegacia Distrital de Santa Rita



CIVIL
PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00114.01.2017.1.05.014

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00114.01.2017.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:39 horas do dia 27 de janeiro de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Maria Rodrigues Pereira de Vasconcelos, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Suellen dos Santos da Rocha**, RG nº 2908697 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Comerciante, filho(a) de Maria dos Santos da Rocha e Djalma Dantas da Rocha, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/10/1982 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Caiçara, Nº 26, bairro Tibiri III, tendo como ponto de referência Próximo a Escola Jose Mariano, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98628-2618.

Dados do(s) Fatos:

Local: R. Caiçara, nº 26, Próximo a Escola Jose Mariano, Santa Rita/PB, bairro Tibiri III; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/11/16 09:20h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava conduzindo a motocicleta Shineray/50Q, DE PLACA OEY-0711/PB, de cor preta, Chassi99HJT2050GS000803, de sua propriedade, nas proximidades da Casa Lotérica de Tibiri, que ao ultrapassar um veículo bateu na lateral do veículo de placa NOI-0101/PB, que a noticiante foi arremessada por uns dez metros, que foi socorrida pelo proprietário do veículo ALAN MONTE SANTOS, e encaminhada para a UPA desta Cidade. Conforme Laudo Médico em anexo.

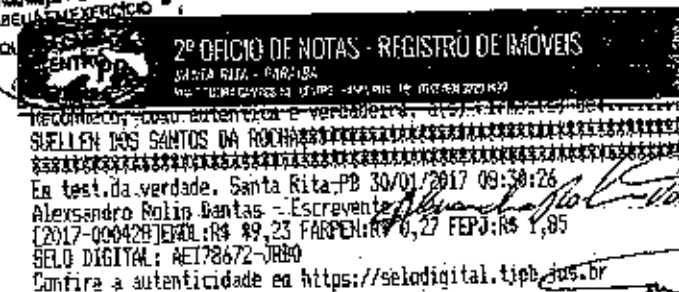
Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdadeira. Dou fé.

Santa Rita/PB, 27 de janeiro de 2017.



KATIA REIANE MARINHO ORIENTE
Agente de Investigação

SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA
Noticiante



Alexandre Rolim Dantas
Firmante Autorizado



Eu, Suellem dos Santos da Rocha, portador da carteira de identidade nº 2908697 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.128.444-38, residente e domiciliado na Rua: Cel. Lora N.º 26 Tibiriçá, Cidade Santa Rita, Estado P-B, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

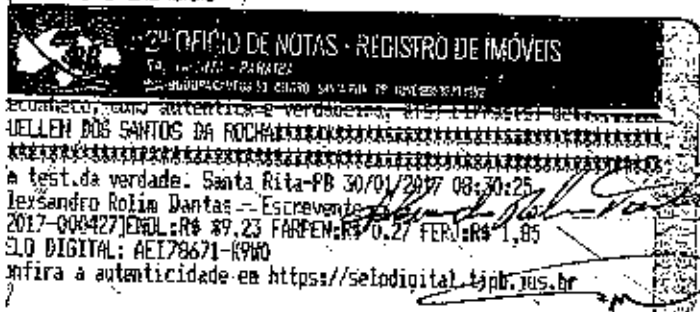


Suellem dos Santos da Rocha

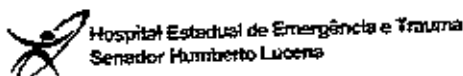
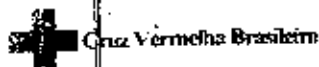
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

30 de Janeiro

Local e data



Alexandro Rolim Dantas
Escrivente Autorizado



ACOLHIMENTO, su - CNES: 123317

DOCUMENTO 2 *T2%

Boletim de Atendimento: 91



Identificação do paciente

ID 1100474	Nome SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA	Sexo Feminino
Data de nascimento 21/10/1982	Idade 34 anos 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARISE DOS SANTOS DA ROCHA	Religião NÃO INFORMADA	Pontuação
Escolaridade NÃO INFORMADO	Pai DJALMA DANTAS DA ROCHA	Responsável (Parentesco) MARISE DOS SANTOS DA ROCHA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987562158	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2908687	Fone Fixo
Local de procedência UPA SANTA RITA	Nº Cns	Tipo UNIDADESAUDE
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB
	CBOR	

Endereço

CEP 58302240	Município de residência SANTA RITA	UF PB
Número 26	Logradouro CAIÇARA	Bairro MUNICIPIOS
	Complemento	

Admissão

Data e Hora 01/11/2016 10:13:50	Número da pulseira 1000059849185	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Caráter de atendimento URGENCIA		

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou AMBULANCIA		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
CID						
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO						
Tempo 04min 31seg						

Imprimir

SEGURADOR: TIGER DPVAT 10 8 06/02/2017 11:58 - 00000021826

01/11/2016 10:16

04/11/16 - Oncofobia

Paciente com história de acidente
de moto, referindo dor em
peleto direito.

Cio Nome: exames físicos
e ortos contornos em peleto direito
(peleto resolução cutânea com a lesão
geral). ADM e mecano
interior preservadas.

Rachosofia em alterações
Conduta: Citar da Oncofobia
Orientações

Jessyca Emília F. Rabelo
Médica
CRM 10545/PB



SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA
RUA CAÇARIA, 26 - 71801
SANTA RITA / PB CEP: 58302240 (AG 1)

Classificação: Full IDENTIAL / BARRA PRETA MONOFÁSICO B 230, Km 25 - Cid. Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
Póster: 12 - B - 842 - 7880 Referência: Jan/2017
Nº medidor: 00001341238 Emissão: 18/01/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 09.035.183/0001-40 - Ins. Est. 16015-873-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica F000 873 108
Código para Dúvidas Automáticas: 00001549196

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/154919-5

Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE homologada pela Lei nº 10.438, de 29 de abril de 2002.

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura

16/02/2017

CPF / CNPJ / RANI

8812944418

Disc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/12/16	10128	19/01/17	10745	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 20 kWh-ER	30	0,14905	4,47
Consumo - 31 a 100 kWh-ER	70	0,25552	17,89
Consumo - 101 a 220 kWh-ER	18	0,38308	6,89
Subtotal			29,25
ICMS			21,05
PIS			0,81
COFINS			3,72

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTROLE SERVIÇO PÚBLICA	1,18
JUROS DE MORA 11/2016	0,47
MULTA 11/2016	1,02
BEM SEGURO - ACE / ASSURANT 01/2017	8,52
Devolução Substituído	-22,78

Histórico de Consumo (kWh)

Out/16	99
Nov/16	108
Out/16	91
Set/16	89
Ago/16	89
Jul/16	102
Jun/16	103
Mai/16	108
Abr/16	48
Mar/16	117
Fev/16	132
Jan/16	112

Média dos últimos meses

89

RESECAZINHO FISCAL

76e4.4f92.9cb9.89f7.c373.b400.92cf.a5ec

Indicadores de Qualidade 11/2016 - Semelha

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
QIC MENSAL	5,78	0,00
QIC TRIMESTRAL	11,55	0,00
QIC ANUAL	23,10	0,00
QIC MENSAL	3,55	0,00
QIC TRIMESTRAL	7,10	0,00
QIC ANUAL	14,20	0,00
QIC MENSAL	3,37	0,00
QIC ANUAL	12,22	0,00

Descrição	Valor (R\$)	%
Salário de QIC da Energisa PB	11,22	17,48
Salário de QIC da Energisa PB	13,17	20,45
Salário de QIC da Energisa PB	0,77	1,20
Salário de QIC da Energisa PB	4,42	6,89
Salário de QIC da Energisa PB	29,26	43,89
Salário de QIC da Energisa PB	6,52	10,12
Total	64,41	100,00

Valor de USD (R\$ 11/2016) R\$ 12,54

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como BARRA PRETA, tendo um desconto de R\$ 72,78.
- Letra confirmada
- Contato Serviço: BEM SEGURO - ACE / ASSURANT - 0800 704 0044
- O cancelamento da cobertura do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

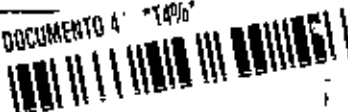
DECLARAÇÃO

Atendimento



RECEBIMOS

DOCUMENTO 4: "TAPB"



Declaramos para os devidos fins que o(a) Senhor(a) SUELLEN GABRIEL DA ROCHA, portador do RG nº

VERDE, está em atendimento no Hospital de Trauma no setor VERDE. Horário de entrada às 10:13 horas.

HORA DA SORTEIA: 15:50

Assistente Social
CRESSIA
583

João Pessoa, 01 de 11 de 16

Assistente Social

SEGURADORIA LIDER DEPUT 10 & 06/02/2017 11:58 - 00330021828

F(NG).APCSOC.027-1



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000115099

Idade: 34 anos

Paciente: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

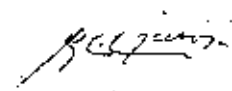
Data: 01/11/2016

RADIOGRAFIA BACIA

OSSOS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 01/11/2016 14:02.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB

SEGURADORA LIDER DEPART 10 8 06/02/2017 11:58 - 00000021822



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000115099

Paciente: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Idade: 34 anos

Data: 01/11/2016

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

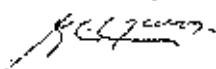
Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 01/11/2016 14:04.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB

SEGURADORA LIDER DEPUT 10 6 06/02/2017 11:28 - 00000021823



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000115099

Idade: 34 anos

Paciente: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Data: 01/11/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Transparencia pulmonar normal.

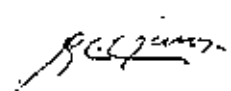
Selos costo-frênicos livres.

Arcos costais sem alterações.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

SEGURADORA LIDER CPMAT 10 & 06/02/2017 11:58 - 000002164

Este laudo foi liberado em 01/11/2016 14:05.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☒ Não ☐ Sim:

MEDICAMENTOS:

☐ Não ☐ Sim:

IMUNIZAÇÃO

☐ Não ☒ Sim: *em dia*

PATOLOGIA

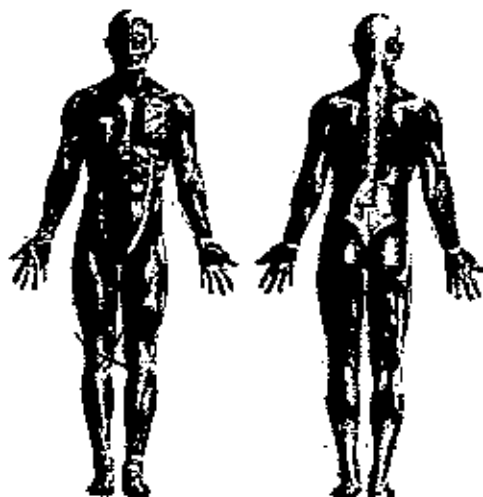
☒ Não ☐ Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

☒ Não ☐ Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmiagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

- 1) Atendimento Inicial
 2) STP 9-1000 m e 6
 3) Exame 1-2 + 10
 4) Exame 1-2 + 10
 5) Avaliação do Estado
 6) Contine

7
 8
 9
 10

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *Dr. Fajardo*

às : do dia

Solicito parecer da

às : do dia

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ JIML☐ SVO

Dr. Adalberto Vieira Dias Filho
 MÉDICO
 CRM/ PB 9298
 ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - 24 HORAS - SANTA RITA

CNES: 675325 CNPJ: 08.778.268/0050-49

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NOME: Silvio dos Santos de Souza

SEXO: F	IDADE: 34 anos	DOC: 29085947
---------	----------------	---------------

CNS DO PAC: Mr. J. M. Smith
FONE: (83) 98902 6068

DATA DE NASCIMENTO: 21.06.1983 **PROFISSÃO:**

ENDERECO: RUA: Deodoro Nº 15

UF:PB	MUNICIPIO:	BAIRRO:
-------	------------	---------

DATA DO ATENDIMENTO:	04.11.2016
HORA:	08:54

NOME DA MÃE: Maria. Santos da Silva

RECEPCIONISTA: *P. Williams*

01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

102- ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO 24 HORAS

QUEIXA PRINCIPAL

HORA: : - EVOLUÇÃO MÉDICA - ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Facienda e/ historia de Santa
rosa no pueblo de San Ag
berto de Guarita, Venezuela
El 15 de mayo de 1971

EXAMES SOLICITADOS:

() TOMOGRAFIA: _____)USG: _____)EGG

(RX)

() LABORATÓRIO:

Obs:

MEDICACÃO: () 01 - PRESCRITA () 02 - APLICADA

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORA

MEDICAMENTO/TERAPIA

HORA: _____ : _____ - REAVALIAÇÃO MÉDICA

HORA:

REAVLIAÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO OU HD:

CID-10:

ENCAMINHAMENTO

ALTA MELHORADA (	EVASÃO (	OBSERVAÇÃO (	ÓBITO
------------------	----------	--------------	-------

()
()
()

TRANSEERÊNCIA:

DATA: / / HORA:

HORA:

HORA:

HORA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SUELLEN DOS SANTOS ROCHA
DATA DE NASCIMENTO	21/10/82
NOME DA MÃE	MARISE DOS SANTOS DA ROCHA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	958.269
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	01/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	10:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO (CARRO X MOTO)
DIAGNÓSTICO (S)	CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO
CID 10	V 23 + S 80.0 + S 81.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ENCAMINHADA DA UPA DE SANTA RITA, QUEIXANDO-SE DE DOR EM JOELHO DIREITO. EF= FC + ESCORIAÇÕES EM JOELHO DIREITO. ADM E MOVIMENTO EXTENSOR PRESERVADOS. GLASGOW 15.

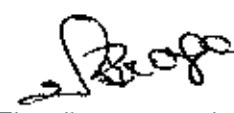
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE TÓRAX
RX DE BACIA
RX DO JOELHO DIREITO- RELATO COT-NDN

TRATAMENTO

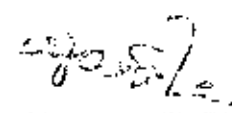
PACIENTE SUBMETIDO AO 1º ATENDIMENTO + SUTURA DO FC + AVALIAÇÃO COT + MEDICAÇÃO + ORIENTAÇÕES.

ALTA HOSPITALAR:	01/11/2016
DATA DA EMISSÃO:	16/01/2017


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

SECRETARIA DE SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO - 06/02/2017 11:58 - 0000002108

 GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRATAMENTO HUBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA LAUDO MÉDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	SUELLEN DOS SANTOS ROCHA
DATA DE NASCIMENTO	21/08/82
NOME DA MÃE	MARISE DOS SANTOS DA ROCHA
DADOS EXTRAJIDOS	
BOLEIM DE ENTRADA N.º	958.269
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	01/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	10:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO (CARRO X MOTO)
DIAGNÓSTICO (s)	CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO
CID-10	V33 + S80.0 + S81.0
AValiação Inicial:	
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA, ENCAMINHADA DA UPA DE SANTA RITA, QUEIXANDO-SE DE DOR EM JOELHO DIREITO. EF = FC + ESCORIAÇÕES EM JOELHO DIREITO. ADM E MOVIMENTO EXTENSOR PRESERVADOS. GLASSOW 15.	
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:	
RX DE TÓRAX	
RX DE BACIA	
RX DO JOELHO DIREITO - RELATO COT-NDI	
TRATAMENTO	
PACIENTE SUBMETIDO AO 1º ATENDIMENTO + SUTURA DO FC + AVALIAÇÃO COT + MEDICAÇÃO + ORIENTAÇÕES.	
ALTA HOSPITALAR:	01/11/2018
DATA DA EMISSÃO:	18/01/2017
	
Dr. Joscelia Braga Brandão CRM: 174119-B	

Atenção: Este laudo é válido apenas para o atendimento realizado no Hospital de Emergência e Tratamento Huberto Lucena, sob a supervisão médica do Dr. Joscelia Braga Brandão.

DOCUMENTO 6 *T696*


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - PB Nº 012427160816
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COO. RENAVAM 0107639392-3 RPT 2016000023098-2 EXERCÍCIO 2016

SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

06612844418

0EY0711/PB

NOVO 4PB 99HJT2050GS000803

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC **GASOLINA**
SHINERAY/500
2015 **2016**
2-P/49 /CI
PARTIC
PRETA
IPVA ISENTO
00/00/0000
1º

0
2º
3º
PREMIO TARIFARIO (R\$) **IOF (R\$)** **PREMIO TOTAL (R\$)** **DATA DE PAGAMENTO**
********* **SEGURO** **P A G O** **22/01/2016**
SEM RESERVA DE DOMINIO
SANTA RITA - PB LOCAL
41581

27/01/2016
7003781
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
Automotores de via terrestre, equipados ou não, com carga a peso
transportadas ou não. Seguro DPVAT
PB Nº 012427160816 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
EXERCÍCIO
2016
27/01/2016
VIA 1 **COO. RENAVAM** **06612844418**
PLACA **0EY0711/PB**
RENAVAM **01076393923**
MARCA/MODELO **SHINERAY/500**
ANO FAB. **2015**
CARTEIRA **9**
CHASSI **99HJT2050GS000803**
PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) *********
DETRAN (R\$) *********
CUSTO DO SEGURO (R\$) *********
CUSTO DO BILHETE (R\$) *********
IOF (R\$) **SEGURO**
TOTAL A SER PAGO SEM PAGAMENTO **P A G O**
☒ **COTA ÚNICA**
☐ **PAGAMENTO**
☐ **PARCELADO**
DATA DE OUTUBRO **22/01/2016**
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.538/0001-04
www.seguradoralider.com.br
7003781-1143439-20160127
5103-100

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063833/17

Vítima: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

CPF: 066.128.444-18

Data do Acidente: 01/11/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

DOCUMENTO 7 *T746*



SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA : 066.128.444-18

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.

Portador da documentação entregue

Data: 13/02/2017

Nome: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

CPF/CNPJ: 066.128.444-18

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 13/02/2017

Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

CPF: 131.414.327-16

SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Suelen dos Santos da Rocha
 DATA DO ACIDENTE 03/11/2016 CPF DA VÍTIMA 066.128.444-18
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: caiçara
 Nº 26 COMPLEMENTO Santa Rita BAIRRO Tiburi III
 CIDADE _____ UF _____ CEP 58302240
 E-MAIL _____ TELEFONE (91) 86282618

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- (X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/11/2016
 IDENTIDADE 2908697
 ASSINATURA Suelen

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____
 MATR. CORREIOS _____
 Severidade do Rastreio _____
 Operação de Rastreio _____



Correios

☐ AR
☐ MP

SEDEX

PESO (kg)

FC062928

SN 56421081 9 BR



SEGURADORA LIDER
PEDIDO DE SEGURO DPVAT
A/C Sonia Faro
RUA SENADOR DANTAS, NO. 74, 15º
ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ -
CEP: 20031-205

RPC

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

☐ Ausente	☐ Endereço Insuficiente
☐ Falecido	☐ Não existe o número indicado
☐ Recusado	☐ Desconhecido
☐ Mudou-se	☐ Outros (especificar)

DATA: 1-1

RUBRICA DO RESPONSÁVEL: _____

VISTO: _____

Remetente: Suellen dos Santos da Rocha

Endereço: Rua Caiçara N.º 26 - F.º 1 - B.º III

58302-240 SANTA RITA / PS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097850 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA **Data do acidente:** 01/11/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Ferimento corto contuso em joelho direito, submetido à tratamento conservador

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

