
Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200172208

Vítima: ELICLENE DE SOUZA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELICLENE DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200172208

Vítima: ELICLENE DE SOUZA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELICLENE DE SOUZA

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 de um dos ombros

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: **ELICLENE DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **0000051404-3**

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

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

Nº do sinistro ou AQL: _____ CNP da vítima: **099.137.234-08** Nome completo da vítima: **ELICLEN DE SOUZA**

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

Nome completo: **ELICLEN DE SOUZA** CPF: **099.137.234-08**
 Profissão: **MD PEDIATRA** Endereço: **RUA OSWALDO FERREIRA ESPINOLA** Número: **31N** Complemento: _____
 Bairro: **JOÃO RIBEIRA** Cidade: **J. Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58.084-182**
 E-mail: _____ Tel (DDD): **83** / **99811-5085**

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: **1909** CONTA: **51404** 3 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **J. Pessoa, 08/05/2020**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

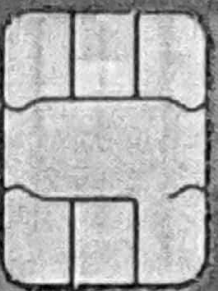
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA

POUPANÇA



5067 2218 6839 7291

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

ELICLENE DE SOUZA

1909 013 00051404-3

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 020563.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 020563.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 15:56 min do dia 08/05/2020, na Delegacia Online, **Eliclene de Souza**, nacionalidade Português(a), profissão Ajudante de Pedreiro, nascido(a) em 30/09/1985, idade 34, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Maria da Conceição de Souza, CPF 079.137.234-08, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Osvaldo Ferreira Espínola, complemento Q -172 - BLC: 12 - JD:03, bairro Jardim Veneza, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58084182, telefone(s) (83)9 97688908, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 17/04/2019 06:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: BR - 101, Enfrente a Fabrica da Polyutil no Bairro: Costa e Silva., BR - 101, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTIFICANTE, noticiou que no dia, 17/04/2019 às 06:30 horas no endereço acima mencionado, sofreu um acidente de moto (MOTO X BICICLETA), o mesmo estava CONDUZINDO a moto YAMAHA/YBR 125K, ANO/MOD: 2006/2006, COR: PRETA, PLACA: MYR3577/RN, CHASSI: 9C6KE092060048276, PROPRIEDADE: PATRICIA MARIA DA COSTA, CPF: 079.194.184-10. O noticiante relata que estava sentido ao trabalho, quando foi surpreendido por um ciclista e que o mesmo não teve como desviar e após a colisão perdendo o controle da referida moto, vindo a cair no solo, o condutor da bicicleta não teve nada, apenas algumas escoriações e foi embora, no meu caso precisei de atendimento e em primeiro instante foi populares que acionaram o SAMU e em seguida me encaminharam para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na capital, dando entrada nesta unidade as 07:48:26 horas e sendo atendido por médicos plantonista do local e após passar por exames fui DIAGNOSTICADO: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA (CID: S42.0), onde optaram por não fazer cirurgia e sim um tratamento conservador, de onde me encontro com limitações até hoje, vindo a receber alta no mesmo dia, 17/04/2019 as 10:53:31.0 horas.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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

Elielene de Souza
Elielene de Souza

E2BD50CA0CDA01FDA8AA1B1D71D7935

Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AQL: _____ CNP da vítima: 099.137.234-08 Nome completo da vítima: ELICLEN DE SOUZA

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

Nome completo: ELICLEN DE SOUZA CPF: 099.137.234-08
 Profissão: MD PEDIATRA Endereço: AVD OSWALDO FERREIRA ESPINOLA Número: 31N Complemento: _____
 Bairro: JOÃO RIBEIRA Cidade: J. Pessoa Estado: PB CEP: 58.084-182
 E-mail: _____ Tel (DDD): 83 / 99811-5085

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1909 CONTA: 51404 3 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: J. Pessoa, 08/05/2020
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia



Liliane de Souza.

06.3111012 OS.

Ludo

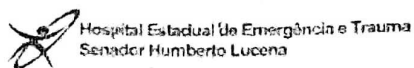
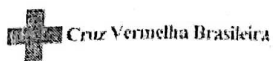
PACIENTE SEQUELADO POR ACI-
DENTE MOTORCICLISTICO NA CL-
AVICULA DIREITA, CALOSIDADE
EVIDENTE EM DIAFISIA, COM
LIMITAÇÃO FLEXIONAL E-
EM SUP. NO MEMBRO SUP-
ERIOR DIREITO, NA ELEVA-
TIVAMENTE O MEMBRO, IN-
DEFERZINDO SINCERAMENTE EM
SUA CALOSIDADE. CIBIOTR.1

Dr. Djalma Bento F. Júnior
MÉDICO
CRM - PB 3874

10
03
20

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel: (83) 3612.1000



RUA PEDRO GONDIM, S/N -
CNES: 122332 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

ELICLENE DE SOUZA

RG (IDENTIDADE)

3111012

FOI ATENDIDO (A) POR **JORGE JOSE SOUSA PINTO**

DO (A) **BLOCO CIRURGICO SALA 6**

NO DIA **17/04/2019 09:45:50**, NECESSITANDO DE **40** - **QUARENTA**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **M79.6**

S42.0

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

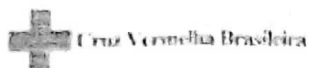
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Jorge Pinto
Médico
CRM-RN 9595

JORGE JOSE SOUSA PINTO
(9595/RN)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente ELICLENE DE SOUZA		BAE 1156600	Data/Hora Entrada 17/04/2019 07:48:26	Data Baixa 2019-04-17 10:53:31.0
Data de nascimento 30/09/1985	Idade 33a 6m 18d	Sexo Masculino	CNS 702301119836512	Telefone de Contato (83) 87075502
Mãe MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA				Prontuário
Endereço Daiva Ferraz, 89		Sarrio Sesi	Município SAYEUX	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JORGE JOSE SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 9595/RN	
Data/Hora Classificação 17/04/2019 08:21:13			Data/Hora Prescrição 17/04/2019 10:53:55	

Exame

ORTOPEDIA

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, DEAMBULANDO VITIMA DE COLISAO MOTO/BICICLETA COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO. NEGA OUTRAS QUEIXAS, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL E MECANICA VENTILATORIA PRESERVADA.

Rx de ombro direito: Evidenciando fx em terço médio de clavícula direita.

Cd: Tipoia em 8 + analgesia + retorno ambulatorial ao HTOP + atestado + rx controle

#REAVLIAÇÃO:

Rx: apresentando fratura de clavícula com desvio indicativo de tratamento conservador

Cd: Tipoia em 8 + analgesia + retorno ambulatorial ao HTOP + atestado + rx controle

Preceptor: Dr. Roberto Santos

Conduta

medica

Alta Hospitalar

Usuário JORGE JOSE SOUSA PINTO	Data e Hora 17/04/2019 10:53:31
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP COM 10 DIAS

ELICLENE DE SOUZA

Jorge Pinto
Médico
CRM-RN 9595

JORGE JOSE SOUSA PINTO
(CRM: 9595/RN)

Dr. Luis Juvencio
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 66311/1E07

PatientID: 00000093554
Name: ELICLENE DE SOUZA

Sex: Masculino
BirthDate: 30.09.1985
Age: 33a.

StudyDate: 29.08.2019

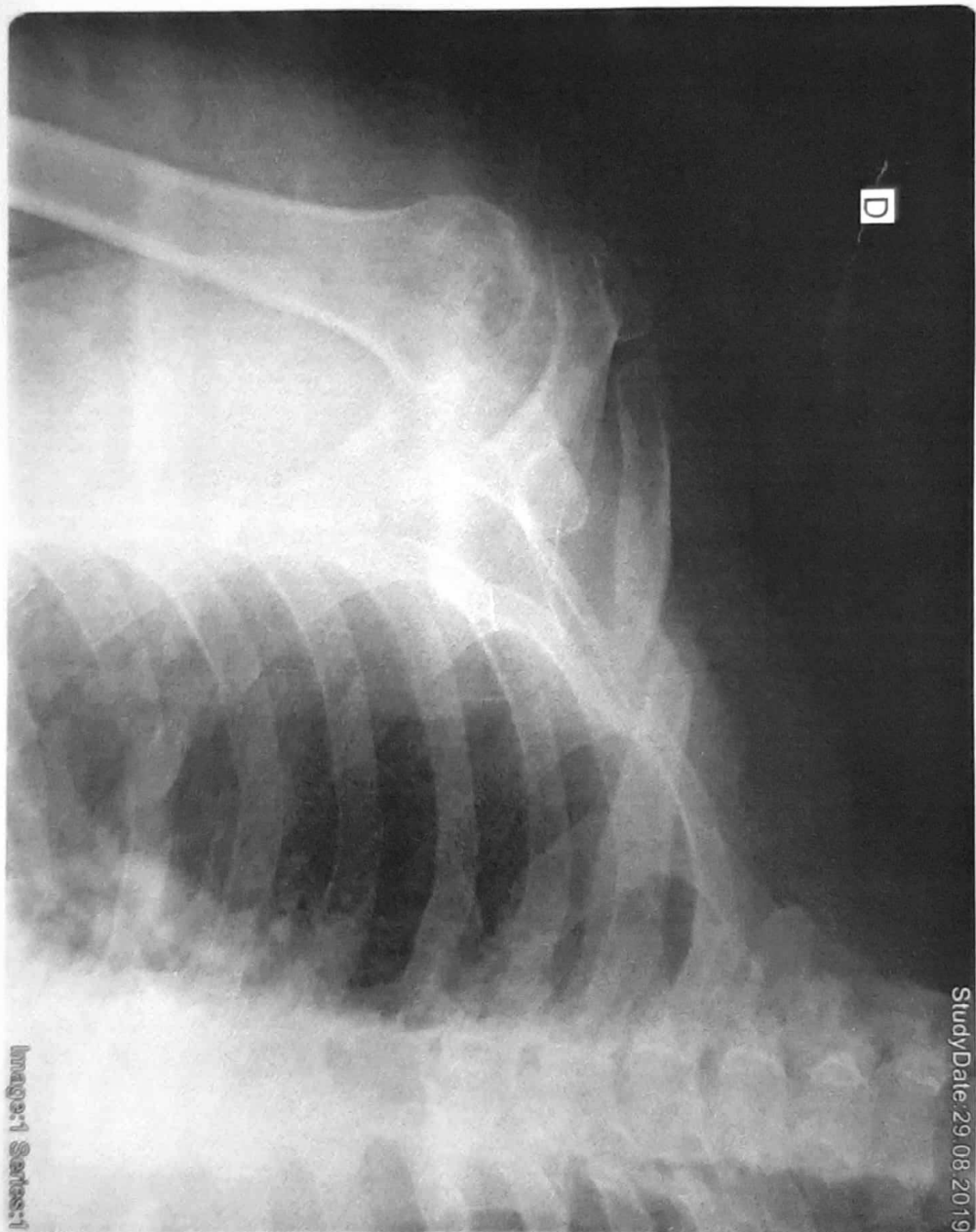


Image:1 Series:1

HTOP

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: 18/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELICLENE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000051404-3

Nr. da Autenticação 6956545BA1004737

Unidade Consumidora:

IVANA CAMILO DA SILVA

RUA OSVALDO FERREIRA ESPINOLA, S/N - Q. 172 BL. 12 JD. 03 S8084182 - CEP: 58084182

JO VENEZA

JOAO PESSOA (AG: 1)

Classe/Subcl.: COMERCIAL/COMERCIAL

Rateiro: 014 - 0002 - 701 - 5750

Nº do Medidor: 00008515145

MATRICULA: 1607281-2019-7-4

DOM. ENT:

LIGAÇÃO: TRIFASICO

DOM. BANC.:

CNPJ/CPF/RANI: 675.820.424-72

Br 230, Ktr

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

ligação gratuita

Emissão: 24/07/2019

Identificador pa

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA
PROXIMA LETURA

Julho/2019

29/07/2019

22/08/2019

ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia



Liliane de Souza.

06.3111012 OS.

Lado

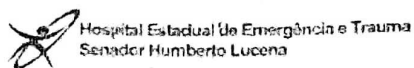
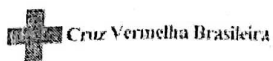
PACIENTE SEQUELADO DE ACI-
DENTE MOTORICULISTICO NA CL-
VITULA DIREITA, CALUSIFORME
EVIDENTE EM DIAFRAGMA, COM
LIMITES FLUIDOS E SÓL-
EM SUO NO MEMBRANO
DEBILIDADE DIREITA, NA ELEVA
TODAMENTE O MEMBRANO, in-
feriorizado DIRETAMENTE EM
SUA CALUSIFORME, CIBIT 192.1

Dr. Djalma Bento F. Júnior
MÉDICO
CRM - PB 3874

10
03
20

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel: (83) 3612.1000



RUA PEDRO GONDIM, S/N -
CNES: 122332 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

ELICLENE DE SOUZA

RG (IDENTIDADE)

3111012

FOI ATENDIDO (A) POR **JORGE JOSE SOUSA PINTO**

DO (A) **BLOCO CIRURGICO SALA 6**

NO DIA **17/04/2019 09:45:50**, NECESSITANDO DE **40** - **QUARENTA**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **M79.6**

S42.0

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

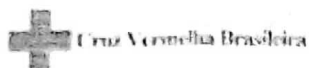
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Jorge Pinto
Médico
CRM-RN 9595

JORGE JOSE SOUSA PINTO
(9595/RN)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente ELICLENE DE SOUZA		BAE 1156600	Data/Hora Entrada 17/04/2019 07:48:26	Data Baixa 2019-04-17 10:53:31.0
Data de nascimento 30/09/1985	Idade 33a 6m 18d	Sexo Masculino	CNS 702301119836512	Telefone de Contato (83) 87075502
Mãe MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA				Prontuário
Endereço Daiva Ferraz, 89		Sarrio Sesi	Município SAYEUX	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JORGE JOSE SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 9595/RN	
Data/Hora Classificação 17/04/2019 08:21:13			Data/Hora Prescrição 17/04/2019 10:53:55	

Exame

ORTOPEDIA

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, DEAMBULANDO VITIMA DE COLISAO MOTO/BICICLETA COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO. NEGA OUTRAS QUEIXAS, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL E MECANICA VENTILATORIA PRESERVADA.

Rx de ombro direito: Evidenciando fx em terço médio de clavícula direita.

Cd: Tipoia em 8 + analgesia + retorno ambulatorial ao HTOP + atestado + rx controle

#REAVLIAÇÃO:

Rx: apresentando fratura de clavícula com desvio indicativo de tratamento conservador

Cd: Tipoia em 8 + analgesia + retorno ambulatorial ao HTOP + atestado + rx controle

Preceptor: Dr. Roberto Santos

Conduta

medica

Alta Hospitalar

Usuário JORGE JOSE SOUSA PINTO	Data e Hora 17/04/2019 10:53:31
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP COM 10 DIAS

ELICLENE DE SOUZA

Jorge Pinto
Médico
CRM: 9595
JORGE JOSE SOUSA PINTO
(CRM: 9595/RN)

Dr. Luis Juvencio
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 66311/1507

PatientID: 00000093554
Name: ELICLENE DE SOUZA

Sex: Masculino
BirthDate: 30.09.1985
Age: 33a.

StudyDate: 29.08.2019

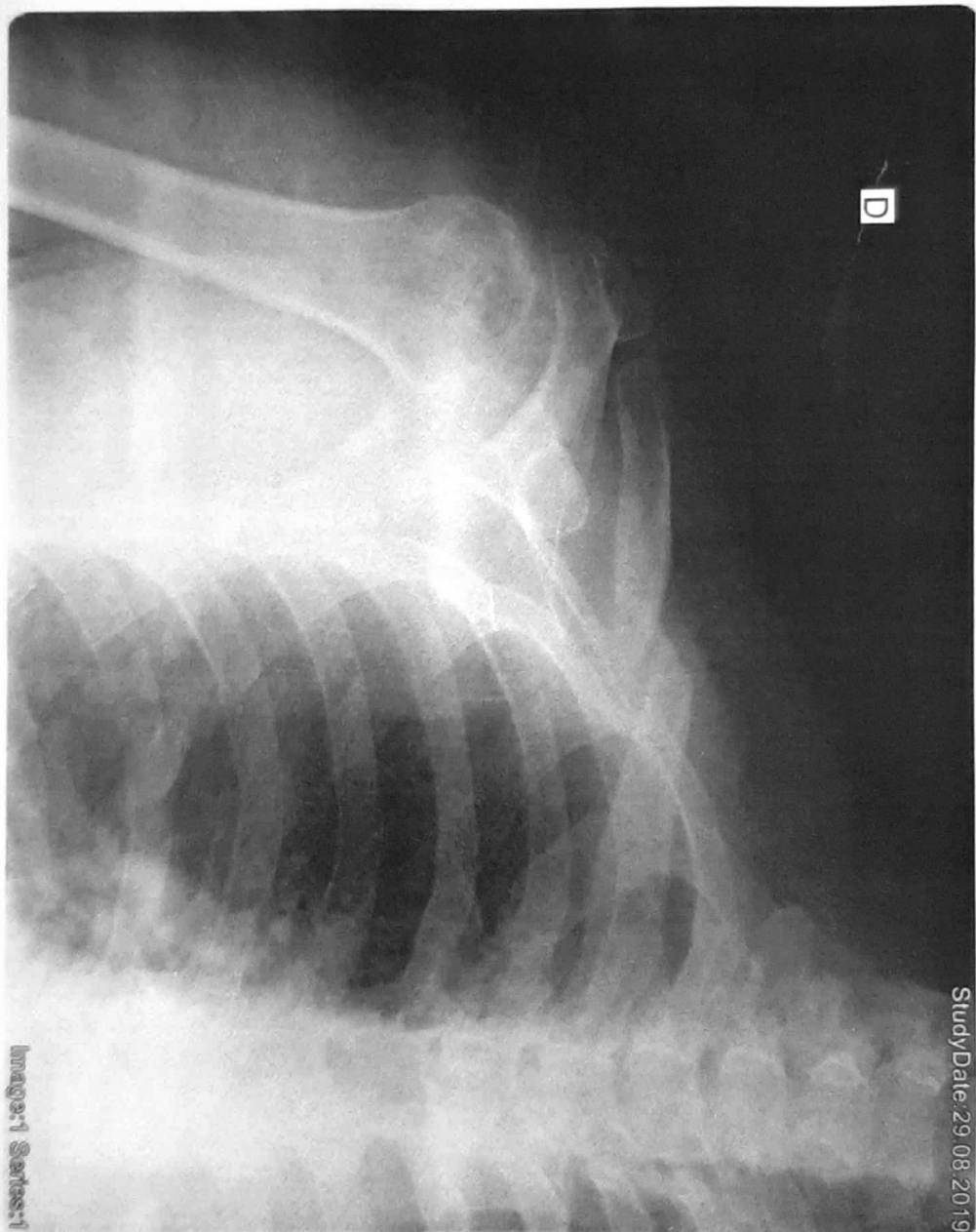


Image:1 Series:1

HTOP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917



ASSINATURA DO TITULAR

Edilson de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

GOV. DA PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.111.012 -2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/02/2014

NOME ELICLENE DE SOUZA

FILIAÇÃO

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA

NATURALIDADE

SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO

30/09/1985

DOC ORIGEM

NASC.N.14613 FLS.190 LIV. A16

CARTORIO SOBRADO-PB

CPF

079.137.234-08

João Pessoa - PB

ASSINATURADO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CAPIA MODA DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RN

Nº 5810308097

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	COD. RENAVAM 888522010	R.T.B. *****	EXERCÍCIO 2006
----------	---------------------------	-----------------	-------------------

NOME/ENDEREÇO
 PATRICIA MARIA DA COSTA
 TV AVELINO CARLOS, 308
 CENTRO
 59.162-000 SAO JOSE DE MIPIBU/RN

CPF/CGC
 079.194.184-10

PLACA
 MYR3577

PLACA ANT/UF
 MYR3577/RN

CHASSI
 9C6KE092060048276

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO
 YAMAHA/YBR 125K

ANO FAB.
 2006

ANO MOD.
 2006

CAP/POT/CIL
 0CV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA
 PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
 PRETA

COTA ÚNICA
 R\$ 0

VENC. COTA ÚNICA
 06/08/2006

VENC./COTAS

FAIXA I.P.V.A.
 9605 3X

PARCELAMENTO/COTAS
 R\$ *****

1º PAGO
 2º PAGO
 3º PAGO

PRÊMIO LÍQUIDO(R\$)

ISOF

PRÊMIO TOTAL(R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PAGO

*** TAXAS DETRAN: PAGO ***

ALIEENACAO FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 57.561.615/0001-04
 BANCO FINASA S/A
 MOTOR: E382E-047563

SAO JOSE DE MIPIBU/RN

DATA
 10/07/2006

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200172208 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELICLENE DE SOUZA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.3/4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200172208

Vítima: ELICLENE DE SOUZA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELICLENE DE SOUZA

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 de um dos ombros

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: **ELICLENE DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **0000051404-3**

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134436/20

Vítima: ELICLENE DE SOUZA

CPF: 079.137.234-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELICLENE DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELICLENE DE SOUZA : 079.137.234-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/05/2020
Nome: ELICLENE DE SOUZA
CPF: 079.137.234-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ELICLENE DE SOUZA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA