
Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2017

Carta nº: 11100859

A/C: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170302220 ASL-0210577/17

Vitima: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

Data Acidente: 20/01/2017

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11107123

A/C: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

Sinistro: 3170302220 ASL-0210577/17
Vítima: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO
Data Acidente: 20/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11249441

A/C: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

Sinistro: 3170302220 ASL-0210577/17
Vítima: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO
Data Acidente: 20/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2017

Carta n°: 11391277

A/C: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

Sinistro: 3170302220 ASL-0210577/17
Vitima: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO
Data Acidente: 20/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 00000000227-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico 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
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Isaías Janni Gimelira de Brito

POR PORTADOR(A) DO RG N° 1897324 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 31.10.2013
CPF 020 364 664 - 94 /CNPJ

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO. SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Isaías Janni B. de Brito, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, informações sobre a profissão e da taxa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salar;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, MF (micro empresa) ou FME;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal até R\$ 2.000,00 (comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consultar no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

SINCOR/PB
31/10/2013

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/carrinho eletrônico escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão multiuso com o número e código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SÓMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000.227-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO O CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E DOU COMOQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Isaías Janni Gimelira de Brito de 2017
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos herdeiros, ou beneficiários na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas, de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvat.seguradora.br e faça login no SAI DPVAT.

30/9/17



S/NCOR/PB

31 MAIO 2017



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CP)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - B

Boletim de Ocorrência



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0049 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: DANILO MANOEL DA SILVA CAMPELO				Posto/Graduação: SD/PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Princesa Isabel / Presidente Getúlio Vargas		Hora 06: 30	Bairro Centro		Município: João Pessoa	UF PB	
Data/Ocorrência 20-01-2017	Dia da Semana Sexta-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos		Controle do tráfego no local Via de Sentido Único com Semáforo					
CONDUTOR 01							
Nome Licle Jani Limeira de Brito		Sexo Feminino	Nascimento 30-09-1976		RG 1897324		
Endereço Av. Des. Boto de Menezes, 229, Tambiá, João Pessoa PB – Tel.(083)98885-4687							
1ª Habilitação 30-10-2012	Categoria A	Registro CNH N.º 05630787784	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 24-04-2017	Usava cinto Sim	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Socorrido ao Hospital					
VEÍCULO 01							
Marca Honda CG	Espécie Motocicleta	Placa OFY-5109	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB		
Nome do Proprietário Licle Jani Limeira de Brito							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012711319859	Renaván Nº 00568592280			Data da Emissão 13-09-2016		
Defeitos Nada constatado							

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor foi ouvido na sala do Setor de BOAT do BPTRAN no dia 07/02/2016 as 15:10 e que declarou que: Trafegava no sentido Tambiá/Jaguaribe na Via B na faixa da direita, parou devido o sinal estar fechado, esperou o sinal abrir, após o sinal ficar verde, deu saída, foi quando o V1 foi surpreendido pelo V2 que não respeitou a sinalização ocorrendo o acidente.

CONDUTOR 02

Nome César David dos Santos		Sexo Masculino	Nascimento 04-06-1963		RG 907610	
Endereço Rua Com. Severino Rufino da Cruz 480, Gramame, João Pessoa PB – Tel.(083)99631-7118 / 8881-6094.						
1ª Habilitação 03-06-1998	Categoria AB	Registro CNH N.º 00682123173	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 28-08-2017	Usava cinto Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim 0,00mg/l		Destino do Condutor Permaneceu no Local				
VEÍCULO 02						
Marca VW-GOL	Espécie Automóvel	Placa QFW-6127	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB	
Nome do Proprietário César David dos Santos						
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012824920876	Renavan Nº 01100626988			Data da Emissão 31-10-2016	
Defeitos Nada constatado						

VERSÃO DO CONDUTOR 02

SINCOR/PB

Condutor declarou que: trafegava na via A, sentido Lagoa/Torre, faixa da direita, quando ao cruzar a via B, com o semáforo “amarelo” **mais 2013** surpreendido pelo V1 abalroando na lateral esquerda do seu veículo. Adianta ainda que, no momento do sinistro, sentiu-se muito nervoso e perdeu o controle do V2, vindo a conseguir parar a metros depois.

VÍTIMA 01

Nome Liele Jani Limeira de Brito	Sexo Masculino	Nascimento 30-09-1976
Endereço	Viajava no Veículo Nº 01	Usava Cinto
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o condutor 01 foi socorrida ao Hospital Senador Humberto Lucena pelo SAMU. O V1 foi removido ao BPtran para complemento de Laudo. Informo ainda que o V1 foi retirado do local exato, por terceiros. O condutor 02 submeteu ao teste de alcoolemia e foi liberado no local, juntamente com seu veículo. O V2 conseguiu efetuar a parada 46 metros após o impacto com o V1.

João Pessoa – PB, 04 de Fevereiro de 2017.

PROLAC/SD/ABR/ALC/AT/ABR/ALC
cópia da Conformidade com o Original

DATA: 23/02/2017

ADVERTÊNCIA: ASSINATURA AUTÉNTICA
REC 326.321-0

Danilo Manoel da Silva Campelo SD PM
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0049 – 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda FAN	Placa: QFY-5109	Responsável pelo Preenchimento: Sd Silva	Data: 20-01-2017
-----------------------------------	---------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro			x
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x				Total Geral (Sim + NA)		2

Observações:

2=DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: VW-GOL	Placa: QFW-6127	Responsável pelo Preenchimento: SD Silva	Data: 20-01-2017
--------------------------------	---------------------------	--	----------------------------

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo	-	x	-	12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
							Total Geral (Sim + NA)		0

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

João pessoa-PB, 04 de Fevereiro de 2017.

Danilo Manoel da Silva Campelo SD PM
Responsável pelo Levantamento

SINCOR/PB

31 MAIO 2017

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia da Conformidade com o Original

EM 23/02/2017

Gabinete de Acórdão
Nº. 526.221-6



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0049/ 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Getúlio Vargas 15,00metros

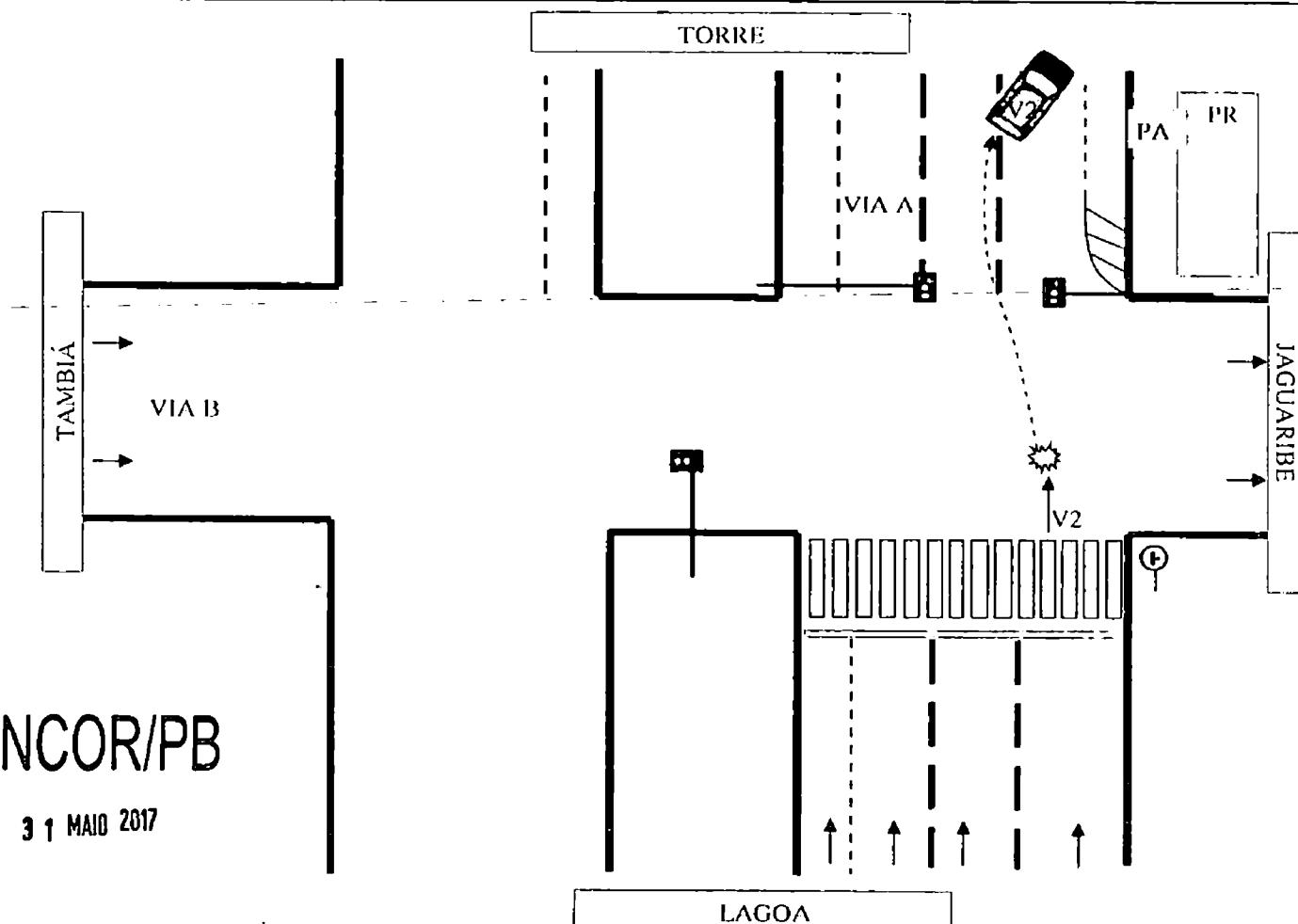
VIA "B" - Avenida Princesa Isabel 08,00metros

PR (Ponto de Referência) Ed. Santa Rita

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Retirado do local

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 01.20 e Traseiro Direito 01.70 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRAТИVO NÃO OBREDEIRA ESCALA

AVARIAS

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia da Conformidade com o Original
BT: 23/102/2017

ADRIANILSON S. DA CUNHA
Nº 066.22

Danilo Manoel da Silva Campelo Sd PM
Responsável pelo Levantamento



V1

V2



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0049/ 2017

FOTOS DO V1



BALANÇO DE BALANÇO DE BALANÇO DE BALANÇO
Cópia da Conformidade com o Código

EM 23/02/2017

Danilo Manoel da Silva Campelo Sd PM
Responsável pelo Levantamento

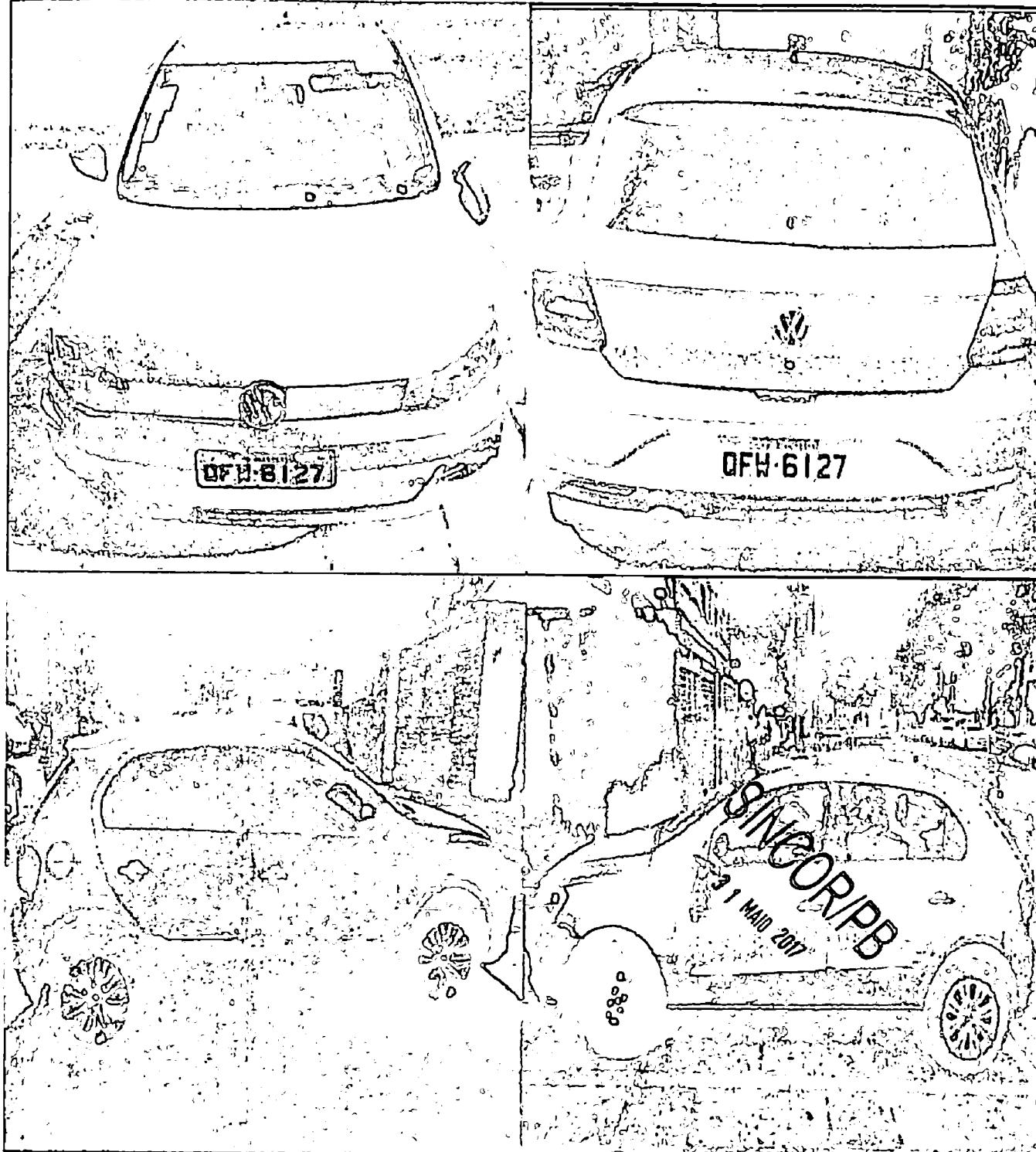


POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0049/ 2017

FOTOS DO V2



REGISTRO DE LEVANTAMENTO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
Carta de Conformidade com o Capítulo

21/23/02/2017

ADM. ALVAREZ

Danilo Mannerlei Silva Campelo Sd PM
Responsável pelo Levantamento

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Belle Jani Rêmilia de Brito, portador da carteira de identidade nº 1097324 e inscrito no CPF/MF sob o nº 020 364 664-94, residente e domiciliado na Rua Prof. Antônio Raquel de Farias 12, Cidade João Pessoa, Estado Pernambuco, 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.

Belle Jani Rêmilia de Brito

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 06 de Abril de 2017

Local e data

SINCOR/PB

31 MAIO 2017



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

A4
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

1234567890-00005-00005
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - CEP 58053-900
fone: (83) 3218.9125



0005

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 703/024, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1576067, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO, idade: 40 anos, Vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 20/01/2017, na AV. Pres. Getúlio Vargas, Bairro: Centro - João Pessoa - aproximadamente às 06:45 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Sénador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 10 de Março de 2017.

S/NCOR/PB

31 MAIO 2017

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/PE Número 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Izelle Jane Gimenez de Brito,

RG nº 409.7324, data de expedição 31/10/13, Órgão SSP/PB,

CPF nº 020 364 664-94, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Prof. Antonia Raquel de Farias</u>
Número	<u>nº 12</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tanubá</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58020675</u>
Telefone de Contato	<u>98885 4687</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 04 de Abril de 2017

Assinatura do Declarante: Izelle Jane Gimenez de Brito

SINCOR/PB

31 MAIO 2017



Cadastre-se agora para receber sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse [net.com.br/fatura/digital](#) e solicite.



CTC RECIFE PE PL12
LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO
R ANTONIO RANGEL FARIA, 12
TAMBIA
58020-675 JOAO PESSOA - PB



907013270479
Data de Postagem 01/02/17
Vencimento 10/02/2017

SINCOR/PB
31 MAIO 2017

HECTARE	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE <small>HOSPITAL ESTADUAL DE ENERGÉTICA E TRÁVICAS SENADOR HUMBERTO LIMA - PB</small>					LAUDO RESUMO	
						 <small>Documentação médica Hospitalar</small> <small>00081111</small>	
NOME: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO						REGISTRO/BE 975346	
IDADE 40 ANOS	SEXO FEM	COR	CLÍNICA ORTOPEDIA	ENFERMARIA 17	LEITO 03		
DATA DE ADMISSÃO 20/01/17		DATA DA ALTA 29/01/17		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DIAFISÁRIA DO UMBRO D						CID-10	
DIAGNÓSTICO FINAL O MESMO						CID-10	
OUTROS DIAGNÓSTICOS						CID-10	
PRINCIPAIS EXAMES: EXAMES LABORATÓRIAS + RADIOLÓGICOS							
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE TTO CIRÚRGICO DE FRATURA RELATADA POR DR. ROBERTO CORREA / DR. RICARDO BARROS DIA 26/01/17							
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA ATB+ CLEXANE							
FERIDA OPERATÓRIA INFECÇÃO	SIM	X	NÃO	COLETA DE MATERIAL	SIM	X	NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:							

CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/>	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	OBITO
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FX/ DO UMBRO D. FO LIMPA E SECA, SEM QUEIXAS ALGICAS IMPORTANTES NO MOMENTO. ENV PRESERVADO NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR. ORIENTADA RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL RIGOROSO.						

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

*S/NCOR/PB
31 MAIO 2017*

DIETA: GERAL

REPOUSO: Relativo em casa 30 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias, e com esforço maior em 180 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

CURATIVO DIÁRIO, RETIRAR PONTOS APÓS 15 DIAS OU A CRITÉRIO DE MÉDICO ASSISTENTE, FISIOTERAPIA
EM CASO DE DOR, CALOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO NO LOCAL OU FEBRE, PROCURAR IMEDIATAMENTE O HEEPSHL.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

CEFALEXINA, CLEXANE, ARFLEX, DEOCIL

RETORNO No ambulatório do HTOP, com Dr. ROBERTO CORREA em 1 semana, para seguimento ambulatorial.

DATA 29/01/2017

MÉDICO RESPONSÁVEL

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



SOBRE
SOCIETAT

Receituário Médico

LIELE SMU LIMA/024 DC 32170

MEETSIL

LAVADO:

PACIENTE VÍTIMA DE ANEUPLOIDIA
COM FRACTURA DE ÚTERO (D), TETRÍTIA DO
CIRURGICO GIGANTE E RETINNA DE ODS +
DSO EM COROA TORACICA, TETRÍTIA DA
CONCHA AUREALTE, PROVOCANDO FICOSIS
AFIRMATIVA AO RETRIBUTO P/ QOL (QUALI-
DADE DE VIDA)

CID: S42.2

S22.0

Data: 07/02/17

Dr. Umberto Jansen
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5189

Médico - CRM

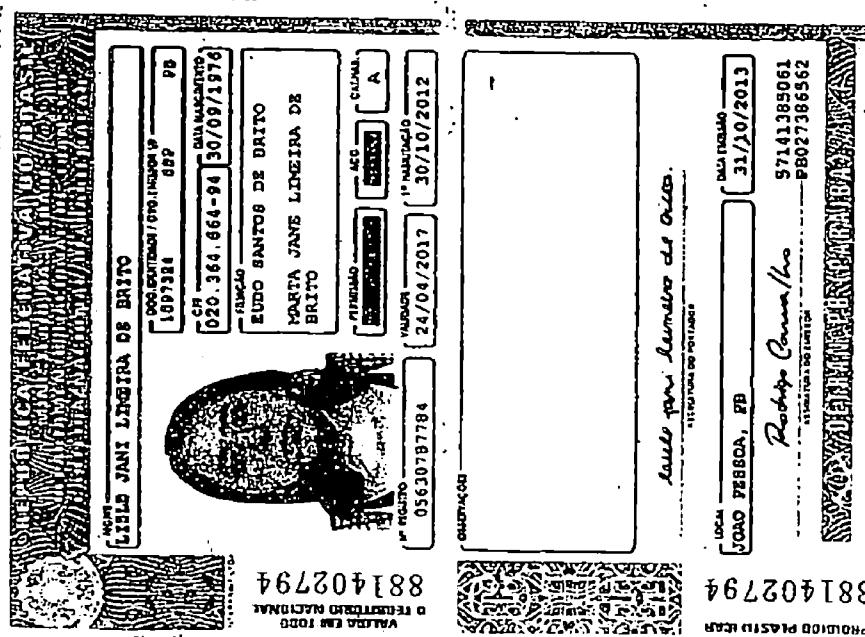
F(NG).CC.002-1

SINCOR/PB

31 MAIO 2017

SINCOR/PB

31 MAIO 2017



MINISTÉRIO DA FAZENDA	
Secretaria da Receita Federal	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO	
Nº do Inscrição: 020364664-84	
Data do Recurso: 30/09/76	

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170302220 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. FRATURA DA VÉRTEBRA T10 E T11.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA OS MOVIMENTOS DO OMBRO, ACENTUADA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E OMBROS DIREITO. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DA COLUNA TÓRACO-LOMBAR. CICATRIZ OVALAR HIPERTRÓFICA NA REGIÃO DISTAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO ÚMERO DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA. FRATURAS DA COLUNA DORSAL TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA, IMOBILIZAÇÃO COM COLETE.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna torácica, Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

PRESTADOR

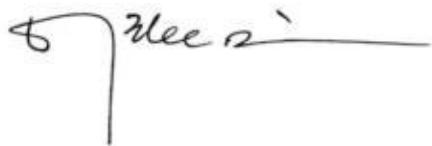
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170302220 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura em úmero direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

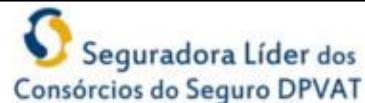
Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170302220 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. FRATURA DA VÉRTEBRA T10 E T11.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA OS MOVIMENTOS DO OMBRO, ACENTUADA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E OMBROS DIREITO. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DA COLUNA TÓRACO-LOMBAR. CICATRIZ OVALAR HIPERTRÓFICA NA REGIÃO DISTAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO ÚMERO DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA. FRATURAS DA COLUNA DORSAL TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA, IMOBILIZAÇÃO COM COLETE.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna torácica, Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

PRESTADOR

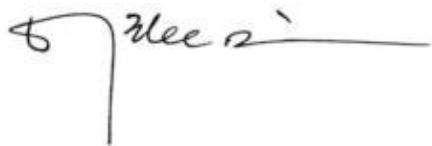
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

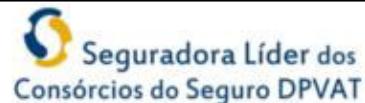
CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170302220 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. FRATURA DA VÉRTEBRA T10 E T11.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA OS MOVIMENTOS DO OMBRO, ACENTUADA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E OMBROS DIREITO. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DA COLUNA TÓRACO-LOMBAR. CICATRIZ OVALAR HIPERTRÓFICA NA REGIÃO DISTAL DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO ÚMERO DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA. FRATURAS DA COLUNA DORSAL TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA, IMOBILIZAÇÃO COM COLETE.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna torácica, Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

PRESTADOR

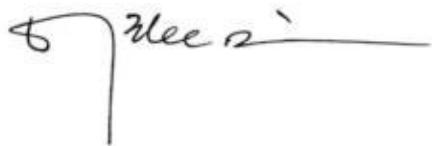
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **LIELE JANI LIMEIRA DE BRITO** Sinistro: **3170302220** Data: **20/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Antônio Rangel Farias, 12 - Tambíá - João Pessoa - PB - CEP 58020-675**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1897324**

Data local do exame: [**20/07/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO, FRATURA DA VÉRTEBRA T10 E T11. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA OS MOVIMENTOS DO OMBRO, ACENTUADA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E OMBROS DIREITO. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO EXTENSÃO DA COLUNA TÓRACO-LOMBAR. CICATRIZ OVALAR HIPERTRÓFICA NA REGIÃO DISTAL DO OMBRO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
FRATURA DO ÚMERO DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA. FRATURAS DA COLUNA DORSAL TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA, IMOBILIZAÇÃO COM COLETE.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional da coluna torácica, Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):
Coluna torácica

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Joao Fernandes de Souza
CRM - PB 2732