

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180483759 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEIZYELLE NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375489/18

Vítima: JEIZYELLE NUNES DE LIMA

CPF: 136.436.974-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2018

JEIZYELLE NUNES DE LIMA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO : 076.706.164-07

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

JEIZYELLE NUNES DE LIMA : 136.436.974-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/10/2018
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
CPF: 076.706.164-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JEIZYELLE NUNES DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180483759**

Vitima: **JEIZYELLE NUNES DE LIMA**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180483759**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180483759

Vítima: JEIZYELLE NUNES DE LIMA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEIZYELLE NUNES DE LIMA

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

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

336 436 974 57

feizyelle Nunes de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Endereço	feizyelle Nunes de Lima Rua Nilda Tavares Dias	CPF titular da conta Número	336 436 974 57 S/N	Profissão Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Sape'	Estado CEP
Email	flavimhckds@hotmail.com			Telefone (DDD) 83 988827550

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo: Assinale uma opção)
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
6922		35684	5

(Informar dígito se existir)

15 OUT. 2013

<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Sape' PB de 01 outubro de 2018

Local e Data

feizyelle Nunes de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRANSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 1824/2018.

Aos PRIMEIROS (01) dias do mês de SETEMBRO do ano de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 15h30min, compareceu **A SR^a JEIZYELLE NUNES DE LIMA, RG: 4.420.145-SSP/PB**, brasileira, solteira , natural de João Pessoa/PB. 20 anos, nascida em 01/04/98, Estudante, filha de Josevaldo de Lima e de Suelena da Silva Nunes de Lima, residente na rua Nilcélia Tavares Dias- 37- Bairro Francisc o Felizardo- Sapé/PB. A QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE, NO DIA 25.02.18, POR VOLTA DAS 05:00H, A DECLARANTE JEIZYELLE NUNES DE LIMA, QUE A MESMA SAIU DA CIDADE DE SAPÉ/PB ONDE RESIDE, EM SENTIDO A UM EVENTO COMO PASSAGEIRA NO VEICULO DE MARCA CAMINHONETA CHEVROLET S10. DE PLACA NQE4123/PB, DE PROPIEDADE DO SENHOR FRANCISCO EVILARDO DE ALMEIDA, ATÉ A CIDADE DE CAPIM, QUE: AO RETORNAR DO EVENTO NA RODOVIA PB QUE LIGA SAPÉ/PB A CAPIM/PB, O CONDUTOR DE VULGO JUNIOR PAIVA PERDEU O CONTROLE E CAPOTOU POR DIVERSAS VESES; QUE A MESMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE POTERIORMENTE PARA O TRAUMA NA CAPITAL, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO; O referido é verdade. Dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

Declarante: Jeizyelle Nunes de Lima

Escrivã: [Signature]

COMPRA PREVIDENCIAS

15 OUT. 2013

PROTOCOLO

A3.600 PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>jeizyelle Nunes de Lima</i>	<i>33643697457</i>	<i>25/02/2018</i>

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<i></i>	<i></i>
Email	Telefone (DDD)
<i></i>	<i></i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sope _____
 Local e Data



jeizyelle Nunes de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DIVISÃO MÉDICA
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

PACIENTE: Jeizyelle Nunes de Lima

DATA DE NASCIMENTO: 01/04/1998

NOME DA MÃE: Suelena da Silva Nunes de Lima

DADOS EXTRAÍDOS

BAE Nº: 252.515

DATA DE ENTRADA: 25/02/2018

HORA DO ATENDIMENTO: 05:40h

DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AVALIAÇÃO INICIAL: Paciente vítima de acidente automobilístico há mais ou menos 01 hora. Se queixa de dor em braço direito, tórax e abdome. Solicito Raio X.

CONDUTA: Realizado medicação e Raio X.

REAVALIAÇÃO: Radiografia reporta fratura de cabeça de úmero direito. Solicito avaliação e conduta Órtopédica. Paciente encaminhado para hospital de referência, HEETSHL.

MEDICAÇÕES: Diclofenaco Sódico, Dexametasona.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSÃO: 27/08/2018

Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape

Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
HGM

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



Caixa Loterias

Caixa Loterias

Caixa Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

261-353545627-6

18/SET/2018 HORA OF 11:39:41

LOT: 13.017658-3 TERM: 055922
LOCALIDADE: SAPE
AG. VINCULADA: 0922 CONTROLE: 816365999

DEPOSITO EM DINHEIRO

0922 013 00035684-5

JEIZYELLE NUNES DE LIMA

VALOR : 100,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

261-353545627-6

1ª VIA

Caixa

Caixa Loterias

Caixa Loterias

SUELLEN DA SILVA NUNES
RUA ANTÔNIO TAVARES JAS. S/N V QD. B - 10 - CENTRAL
SAPE/PE/CEP: 5740030 (AG. 01)

Emissao 05/09/2018 Referencia Set/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONGAÍS CID. BR 200, Km 25 - Centro Residencial - Jequié Pessoal/PE - CEP: 58071-800
Rojero 2-51-10-1500 Nº medidor: 0000788858
GICU 09.086.133/0001-40 - insc. fed. 16.015.923-0

ENERGISA PARAIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 012.082.121
Cód. para DNI Automática: 08012487231

Set / 2018	05/09/2018	05/10/2018	690.663.984-49								
Total de Preço											
690.663.984-49											
IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados											
0,00											
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços											
0,00											
PIS/PASEP - Imposto sobre Produtos Industrializados e sobre Serviços de Prestação de Serviços de Personal											
0,00											
COFINS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços de Comunicação Social											
0,00											
Outras Taxas (IR, ICMS/FII, ICMS, IPI, PIS/PASEP, COFINS)											
0,00											
0001 Consumidor Final 138.000,00 158.000,00 104,67 124,67 27 28,00 134,67 0,01 2,98 0001 Adm. & Gestão 0,67 0,67 0,67 0,67 0,67 0,67 0,67 0,67 0,67 0007 CONTRIBUIÇÃO UMBRAL/SA 11,21 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00											
TOTAL 125,74 114,74 20,97 114,74 0,52 4,98											
13/09/2018 13/09/2018 R\$ 125,73											
01	123	140	131	148	103	128	131	150	143	51	14
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mär/18	Apr/18	Mai/18	Jun/18	Ago/18	Agosto

ESSO

REVUELLA
15001. 203
TOCOLO.
PERSONA



01601105

W W W W W W W W W W W W W W

CTC RECIFE PE PLS

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
CASA BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

DATA DE VENCIMENTO: 25/10/17 - DATA DE POSTAGEM: 17/10/17



Atendimento Claro - Ligue 1052,
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - claro.com.br
Visite o site: minhaclaro.com.br
para consultar o detalhamento da sua
Se preferir receber mensalmente a sua
detalhada solicite através do 1052.
Atendimento ao deficiente auditivo e
da fala - Ligue 0800 036 2323

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Fábio de Melo Feijó inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.905.164-02 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sorocille Nunes de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 136436974 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura INCAPACIDADE da Vítima Sorocille Nunes de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 136436974 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
Rua Dr. Antônio Politet	S. Paulo	175	
Bairro		Estado	CEP
Bandeirantes	S. Paulo	SP	08051760
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
		(183) 928827550	

S. Paulo, 08 de OUTUBRO de 2018
 Local e Data


 Assinatura do Declarante

Documento de Alta

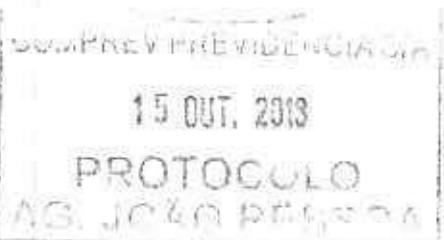
Nome: JEIZYELLE NUNES DE LIMA			Número Prontuário: 107343
Data de 01/04/1998	Sexo: Feminino	Data de Internação: 25/02/2018 10:52:17	Data de Alta: 18/03/2018 16:04:23
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: 3dpo de fx de úmero proximal d fx de ramo púbico (tto conservador). fo EM BOM ESTADO, NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES. SEGUO COM DOR LEVE. HB POS OP>10. SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA ORIENTADA POR DR. HEISENBERG.			
Resumo da Internação: SEM INTERCORRENCIAS.			
Resultado de Exames: EF RX			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO NO DIA 15/03/18 POR DR. TIBIRIÇÁ			
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
Recomendações: RETORNO AO AMBULATORIO DO HTOP COM DR. TIBIRIÇÁ EM 10 DIAS (LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO)			

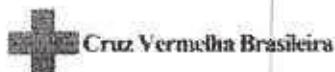
Data: 18/03/2018

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ,
VARGAS FREITAS
CRM: 10575 - PB



SUELEN DA SILVA NUNES





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM
CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

DADOS GERAIS

Marcação da agenda 18/03/2018 18:10:17	Convênio SUS
Nome do paciente JEIZYELLE NUNES DE LIMA	Data de Nascimento 01/04/1998

Dados do agendamento

Data e Hora 28/03/2018 09:00:00	Recurso CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU
Procedimento	Exame	
Observações		

HTOP
3221.6905

15 OUT. 2013
PROTÓCOLO
AGENDAMENTO



ASSISTENCIAIS

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280000
 Tel: 32929050
 CNES: 7666772

SAMU

Paciente GEISIELE NUNES DE LIMA	BAE 252515	Data/Hora Entrada 25/02/2018 05:40:11	Data Baixa
Data de nascimento 01/04/1998	Idade 19	Sexo Feminino	CNS 700005494119909
Mae SULENA DA SILVA NUNES			
Endereço ILCELIA TAVARES DIAS, 37 - CASA	Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional YENKA PAMELA BARBERY DE MILAN	Nº Cons. Regional 11079/PB
Data/Hora Classificação 25/02/2018 05:52:31		Data/Hora Prescrição 25/02/2018 06:05:18	
Convônião SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA +- 1 HORA. SE QUEIXA DE DOR EM BRAÇO DIREITO, TORAX E ABDOME, SOLICITO RADIOGRAFIAS.

MEDICAMENTO

DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML, ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

DEXAMETASONA 4MG/ML, ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA EV, AGORA

CID10

Código	Descrição
V40,6	Ocupante de um automóvel [carro] traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal - passageiro traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Dr Christiane Palmeira Videira
 Médica
 CRM/PB - 10921

GEISIELE NUNES DE LIMA

YENKA PAMELA BARBERY DE MILAN
 (11079/PB)

15 OUT. 2013
 PROTOCOLO
 AG. 1040 PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



Receituário

Paciente: GEISIELE NUNES DE LIMA

Data: 25/02/2018 06:12:22

Sexo: Feminino

CPF: Não
Informado

Idade 19

BAE: 252515

ENCAMINHAMENTO

PARA: HETSHL(AVALIAÇÃO ORTOPEDIA)

ENCAMINHO PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ +- 1 HORA. SE QUEIXA DE DOR INTENSA EM OMBRO DIREITO. RADIOGRAFIA REPORTA FRATURA DE CABEÇA DE ÚMERO DIREITO. ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA DA ORTOPEDIA.

Drª Christiane Palmeira Vieira
Médica
CRM/PB - 10921

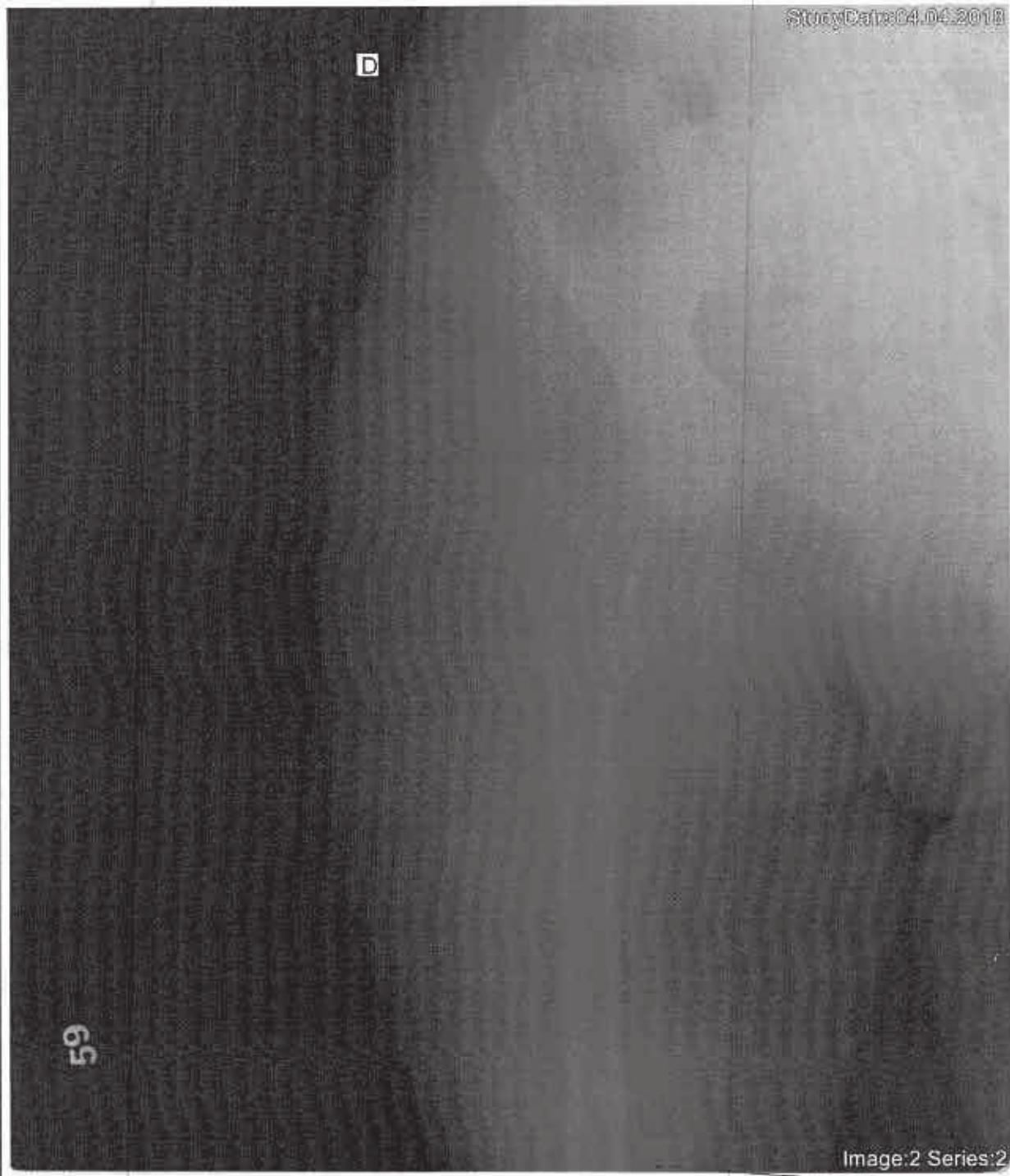
Drª. YENKA PAMELA BARBERY DE MILAN
11079/PB

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfredo de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050

15 OUT. 2018
PROTÓCOLO
13.000.000.000

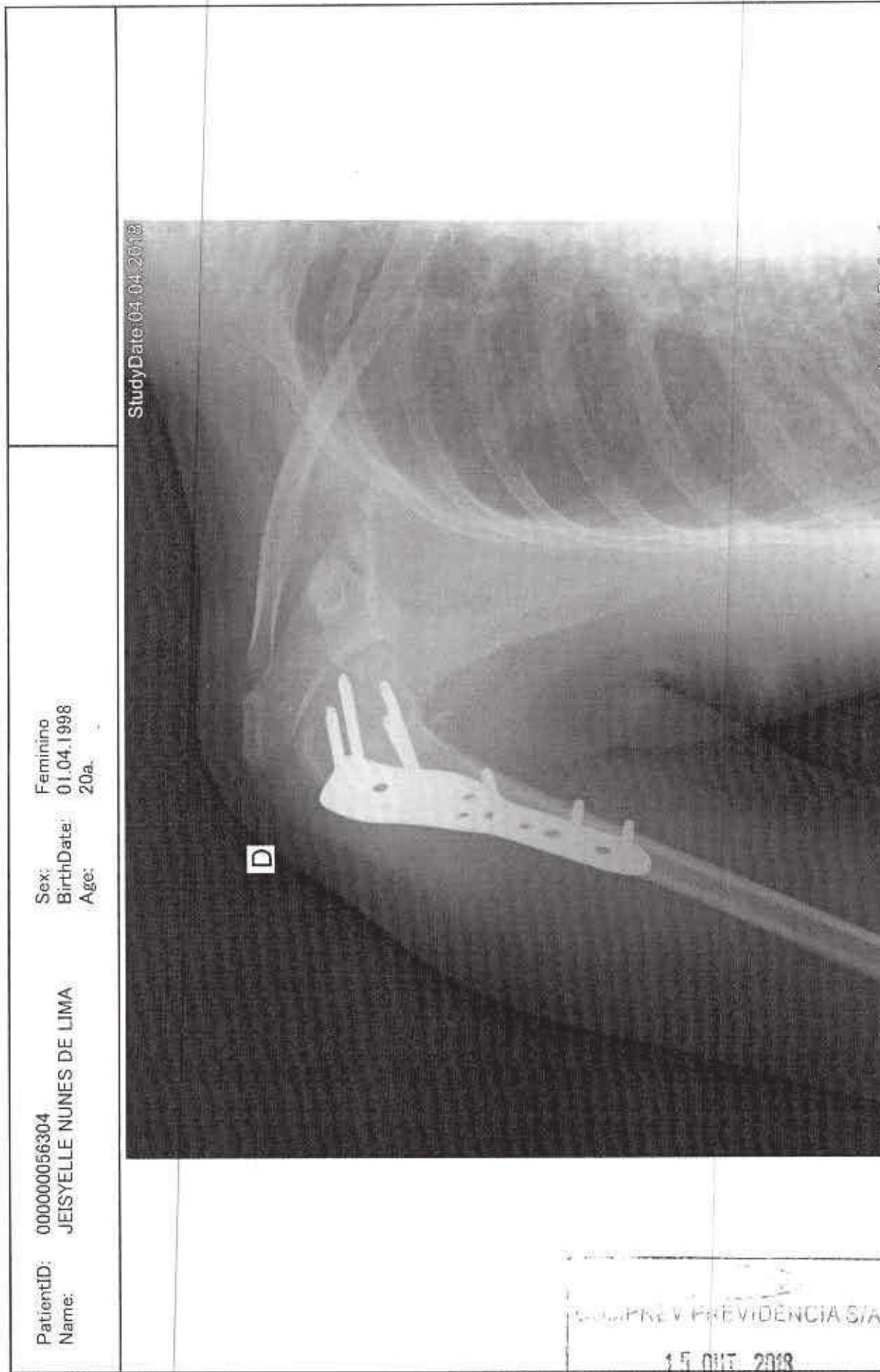
PatientID: 000000056304
PatientName: JEISYELLE NUNES DE LIMA

Sex: Feminino
BirthDate: 01.04.1998
Age: 20a.



59

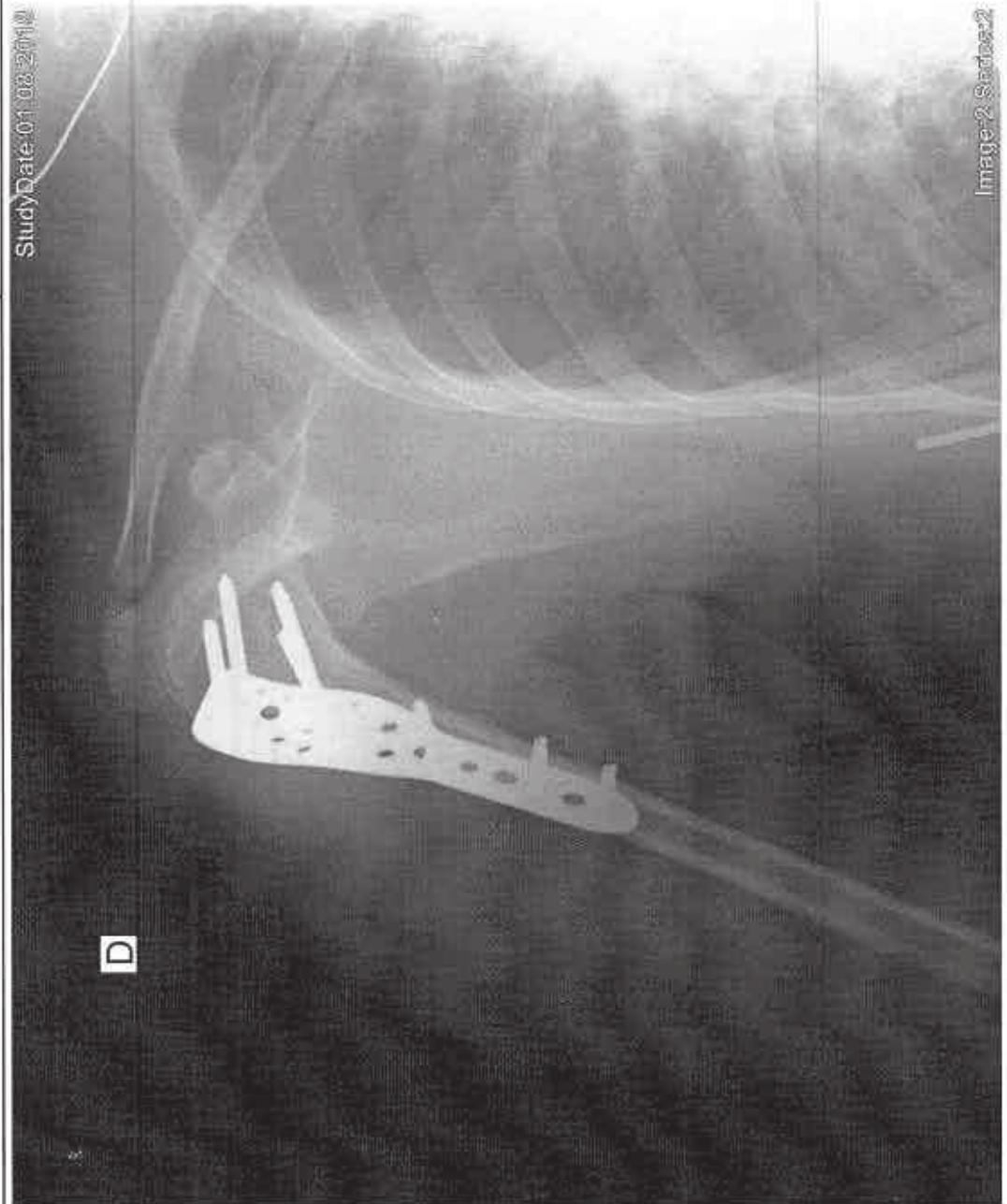
COMPRAV PREVIDENCIA HTOP
15 OUT. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ PESSOA



PROTOCOLO
EXAME DE PECAS

PatientID: 000000056304
Name: JEISYELLE NUNES DE LIMA

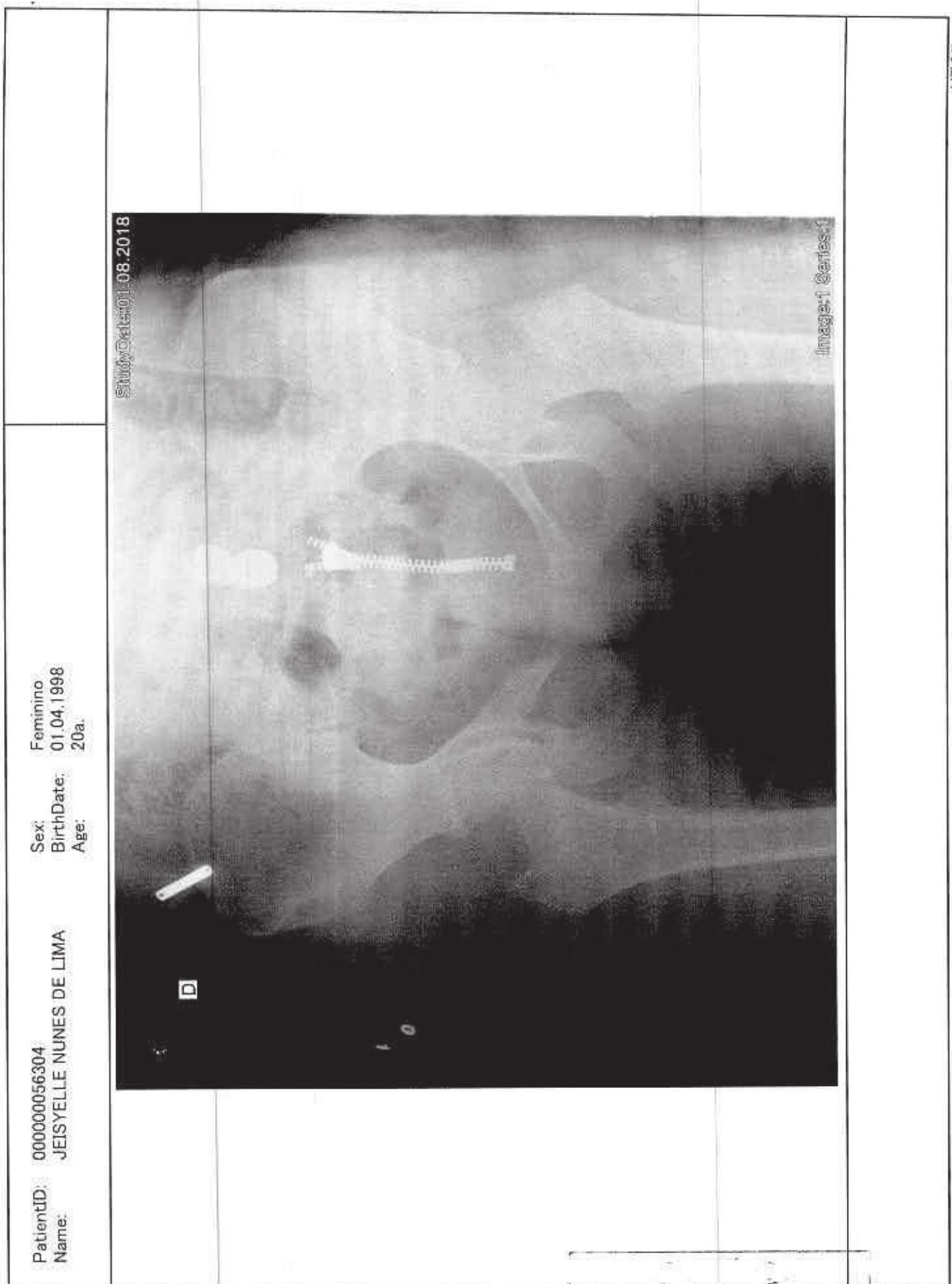
Sex: Feminino
BirthDate: 01.04.1998
Age: 20a.



Study Date: 01.08.2010

Image-2-Sidepx2

SMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2013
PROTÓCOLO
AD. JOÃO PESSOA



Saúde PREV PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2013
PROTÓCOLO
Nº 000000056304

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO

Consultas Médicas - Exames Laboratoriais - Ultrassonografia - Ralo X

Relatório Fisioterapêutico

Sapé, 08 de novembro de 2018

Declaro que a Sena; Jeizelle Nunes de Lima
admitida para atendimento fisioterapêutico
no dia 17 de agosto de 2018, com diagnos-
tico médico de fratura de úmero
proximal direito.

De acordo com o quadro clínico,
observou-se que a mesma apresenta queixa
algeia na região.

O exame físico apresenta diminuição
da amplitude de movimento da arti-
culação direita do ombro nos movimentos
de flexão. Diminuição da força em
MSO, principalmente dos flexores,
rotadores do ombro antebraço e punho.

LABORATÓRIO CLÍNICO
RUA OSVALDO PESSOA, 277
CENTRO - SAPÉ / PB
(83) 3283-1501

POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO
AV. COM. RENATO R. COUTINHO, 1198
CENTRO - SAPÉ / PB
(83) 3283-2693

LABORATÓRIO CLÍNICO
RUA DEP. JOSÉ URSUO, S/N
CENTRO - CRUZ DO E. SANTO / PB
(83) 3254-1230

LABORATÓRIO CLÍNICO
AV. SEN. HUMBERTO LUCENA, 41
CENTRO - GURINHÉM / PB
(83) 3285-1094

POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO
RUA ANTÔNIO DE LIMA FREIRE, 75
CENTRO - MARÍ / PB
(83) 3287-2207



POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO

Consultas Médicas - Exames Laboratoriais - Ultrassonografia - Raio X

Apresenta como diagnóstico funcional:
limitação na realização de algemas
MSD's que requerem atenções
bimanuais, secundárias ao compromis-
timento causado pela fratura de
úmero proximal direito.

Os objetivos propostos foram: Prevenir
contraturas e deformidades, aumentar/
melhorar a amplitude de movimento
em MSD, aumentar a força muscular
em MSD,uitar aderência extrínseca
e restaurar a função.

Plano de tratamento proposto: alongamento
ativo assistido de MSD, mobilização
articular passiva do ombro,
fortalecimento de flexores, abdutores
de ombro, VS na região da cintura.

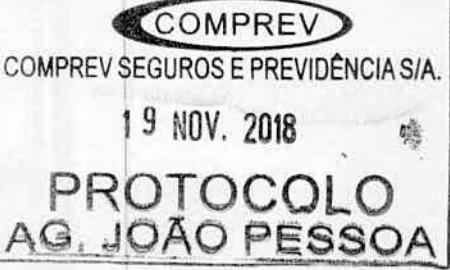
LABORATÓRIO CLÍNICO
RUA OSVALDO PESSOA, 277
CENTRO - SAPE / PB
(83) 3283-1501

POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO
AV. COM. RENATO R. COUTINHO, 1198
CENTRO - SAPE / PB
(83) 3283-2693

LABORATÓRIO CLÍNICO
RUA DEP. JOÃO URSUO, S/N
CENTRO - CRUZ DO E. SANTO / PB
(83) 3254-1230

LABORATÓRIO CLÍNICO
AV. SEN. HUMBERTO LUCENA, 41
CENTRO - GURINHÉM / PB
(83) 3285-1094

POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO
RUA ANTÔNIO DE LIMA FREIRE, 75
CENTRO - MARÍ / PB
(83) 3287-2207



Sigma
POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO

Consultas Médicas - Exames Laboratoriais - Ultrassonografia - Raio X

Evoluiu com persistência do quadro clínico descrito acima, sendo necessário manter o tratamento fisioterapêutico.

amanda M^a Cavalcante
Fisioterapeuta
CREFI TO 233737-F

LABORATÓRIO CLÍNICO
RUA OSVALDO PESSOA, 277
CENTRO - SAPÉ / PB
(83) 3283-1501

POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO
Av. COM. RENATO R. COUTINHO, 1198
CENTRO - SAPÉ / PB
(83) 3283-2693

LABORATÓRIO CLÍNICO
RUA DEP. JOÃO URSILIO, S/N
CENTRO - CRUZ DO E. SANTO / PB
(83) 3254-1230

LABORATÓRIO CLÍNICO
Av. SEN. HUMBERTO LUCENA, 41
CENTRO - GURINHÉM / PB
(83) 3285-1094

POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO
RUA ANTÔNIO DE LIMA FREIRE, 75
CENTRO - MARI / PB
(83) 3287-2207



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.420.145
DATA DE EXPEDIÇÃO	
04/04/2016	
NOME	
JETIZYELLE NUNES DE LIMA	
FILIAÇÃO	JOSEVALDO DE LIMA SUELENA DA SILVA NUNES DE LIMA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB	01/04/1998
DOC ORIGEM	
NASC.N.36423 FLS.211 LIV.A-40	
CARTORIO SAPE-PB	
CPF	136.436.974-51
Assinatura de Marcus A. B. Lima Jr.	
Carteira de Móvel (29.08.13)	

CHAPTER TWENTY-EIGHT

15 OUT. 2023

PROTOCOLO

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

136.436.974-57

Nome

JEIZYELLE NUNES DE LIMA

Nascimento

01/04/1998

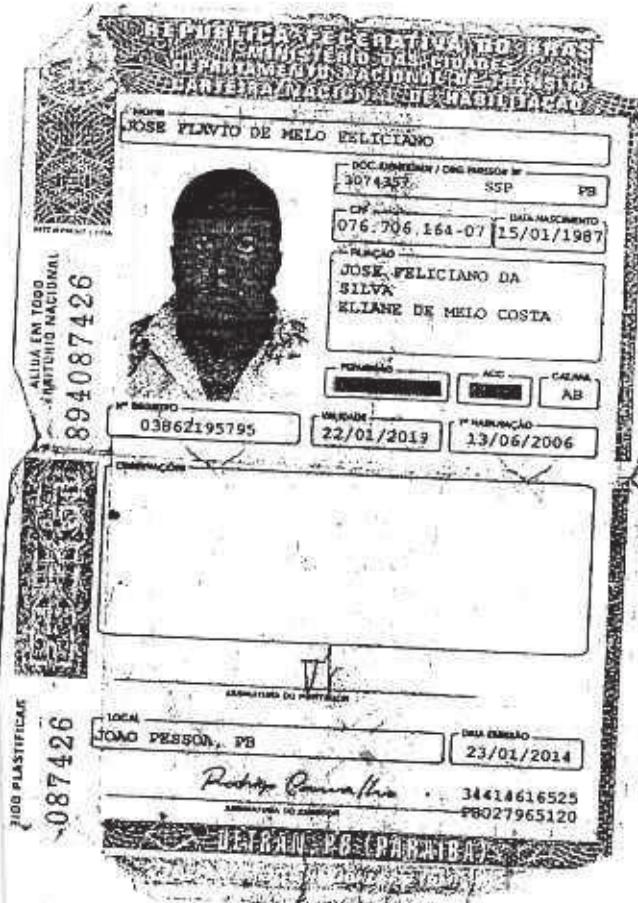
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

15 OUT. 2013
PROTOCOLO
REC. 2013

COMPRA DE VEÍCULOS

15 OUT. 2013

PROTÓCOLO
AG. 1040 PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180483759 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEIZYELLE NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

15.07.2018

Nome: Leizelle Nunes de Souza PROTOCOLO
Nacionalidade: Pessoal Est. Civil: Solteira PESSOA
Profissão: Estudante
Identidade: 6400195 CPF: 136 936 974 -57
Endereço: Rua Nilo Peçanha, 37.

OUTORGADO:

Nome: José Flávio da Mota Foncional
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Engenheiro
Identidade: 302439 CPF: 0767016407
Endereço: Rua da Antônia Dutra 175, Bonfim, JP, PB

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

Soper-PB. 01 de outubro 2018.

Local e data

Leizelle Nunes de Souza

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)





FELICIANO DA SILVA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, as(s) Firma(s) de:
JELIZEBEL MACHES DE LIMA
En test da verdade, São-PB 01/11/2018 12:00:13
Severina Lúcia Malheiros Feliciano SB - Titular
2018-000145-RNBL-R\$ 19,48 FEEFERS R\$ 0,28 REU:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: #0007338-LJ08
Confira a autenticidade no link: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

NOTÓRIO ÚNICO

Notaria Lucía M. Feliciano So
bstituto Substituto
do de Notório Custo Gostoso
Fazenda

Av. Dom. Renato Rorive Coutinho, 1746
fone: (83) 3293-2341/9313-5163
CEP 56340-000-Sapé-PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375489/18

Número do Sinistro: 3180483759

Vítima: JEIZYELLE NUNES DE LIMA

CPF: 136.436.974-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: JEIZYELLE NUNES DE LIMA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/11/2018
Nome: JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO
CPF: 076.706.164-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

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: 25/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEIZYELLE NUNES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 00000035684-5

Nr. da Autenticação D5308325B66C7901