

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: JEIZYELLE NUNES DE LIMA

CPF de: Próprio

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

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13489657



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 médico-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

Carta nº 13613532



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.

É 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 feizyelle Nunes de Lima	CPF titular da conta 336 436 974 57	Profissão Estudante
Endereço Rua Nielecha Tavares Dias	Número S/N	Complemento
Bairro Centro	Cidade Sope	CEP 58340-000
Email floreinhora@hotmail.com	Estado PB	Telefone (DDD) 83 98827550

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0922 D/V ☐ CONTA NRO. 35684 D/V 5
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(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.

Sope 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
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



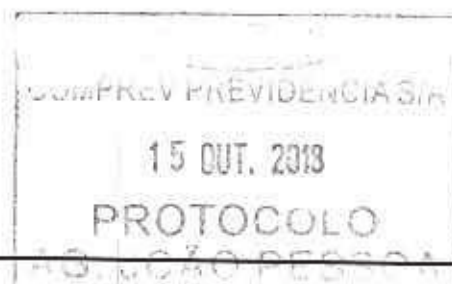
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRANSITO

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 Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 15h30min, compareceu **A SRª 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 Nilcéia 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 CIRURGIGO; 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: [Assinatura]



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

Geizyelle Nunes de Lima

CPF da Vítima

13643697457

Data do Acidente

25/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 atenda 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.

Sape PB de 03 outubro de 2018
Local e Data



Geizyelle 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 Ortopédica. Paciente encaminhado para hospital de referência, HEETSHL.

MEDICAÇÕES: Diclofenaco Sódico, Dexametasona.

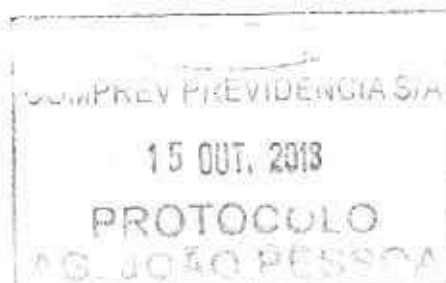
OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSÃO: 27/08/2018

Dr. Frederico Tácio
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape

Dr. Frederico Tácio
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.



Loterias

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA 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

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0922 013 00035684-5

JEIZYELLE NUNES DE LIMA

VALOR

:

R\$ 200,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOSESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

261-353545627-6

1ª VIA

CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

SUELENA DA SILVA LUNES

RUA ALLEGRANTAVARES, 135, 5º ANDAR - JARDIM CENTRAL
SAPE/RO CEP: 74400-000 (AG 01)

Emissão: 05/09/2018 Referência: Set/2018

ENERGISA PARÁ-BA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Classe/Serviço: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO 0,220, Km 25 - Caba Residencial João Pessoa/PA CEP: 55071-600

Roteiro 2: 51 - 10 - 1500 Nº medidor: 0000088558 CUFU0808: 133/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Controle Energia Elétrica: N012.002.121

Cód. para Dth Automático: 00012481231

Set/2018

05/09/2018

05/10/2018

640.669,864-49

R\$ 640

DATA	CALCULO	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
05/09/18	125,75	05/09/18	114,74	20,97	114,74	0,95	4,38

CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
000	Consumo kWh	138,00	0,75000	104,67	134,67	27	28,20

001	002	003	004	005	006	007	008
001	Acq. B. Verônica	0,67	10,07	22	27	14,07	0,05

009	010	011	012	013	014	015	016
009	CONTRIBUIÇÃO ILUM. P. B. CA	11,21	0,33	0	0,00	0,10	0,00

CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
000	Consumo kWh	138,00	0,75000	104,67	134,67	27	28,20

001	002	003	004	005	006	007	008
001	Acq. B. Verônica	0,67	10,07	22	27	14,07	0,05

009	010	011	012	013	014	015	016
009	CONTRIBUIÇÃO ILUM. P. B. CA	11,21	0,33	0	0,00	0,10	0,00

017	018	019	020	021	022	023	024
017	CONTRIBUIÇÃO ILUM. P. B. CA	11,21	0,33	0	0,00	0,10	0,00

ESCO

PROVEDOR DE SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA

15 OUT. 2013
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Claro



01601105



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



7218210573046030000022980830171017

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

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a
83 99190 0986	de 09/09/2017 a 08/10/2017	26/10/2017	R\$ 29

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF²**.

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 Sr. PAULO ROBERTO FERREIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 049.016.104-1 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSELYNE NUNES DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 136436974 / 57 do sinistro de DPVAT cobertura LUZILDOZ da Vítima JOSELYNE 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 <u>RUA DEL DANTONIO PALITEI</u>		Número <u>175</u>	Complemento
Bairro <u>BAUCARIAS</u>	Cidade <u>S. FERRAZ</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58051-760</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 988627550</u>	Telefone celular (DDD)

S. Ferraz, 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 umero proximal d fx de ramo púbico (tto conservador). fo EM BOM ESTADO. NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES. SEGUE 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 UMEROS PROXIMAL DIREITO NO DIA 15/03/18 POR DR. TIBIRIÇA			
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
Recomendações: RETORNO AO AMBULATORIO DO HTOP COM DR. TIBIRIÇA EM 10 DIAS (LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO)			

Data: 18/03/2018

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ,
VARGAS FREITAS
CRM: 10575 - PB

SUELENA DA SILVA NUNES





4+0P
3221.6955



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 do nascimento 01/04/1998	Idade 19	Sexo Feminino	CNS 700005494119909	Telefone de Contato (83) 00000000
Mãe SULENA DA SILVA NUNES			Prontuário	
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	
Convênio 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. Christiana Palmeira Vidigal
Médica
CRM/PB - 10921

GEISIELE NUNES DE LIMA

YENKA PAMELA BARBERY DE MILAN
(: 11079/PB)





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 Pamela Vider
Médica
CRM/PB - 10921

Drª. YENKA PAMELA BARBERY DE MILAN
11079/PB

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



PatientID: 000000056304
PatientName: JEISYELLE NUNES DE LIMA

Sex: Feminino
BirthDate: 01.04.1998
Age: 20a.

StudyDate: 04.04.2018

D

59

Image:2 Series:2

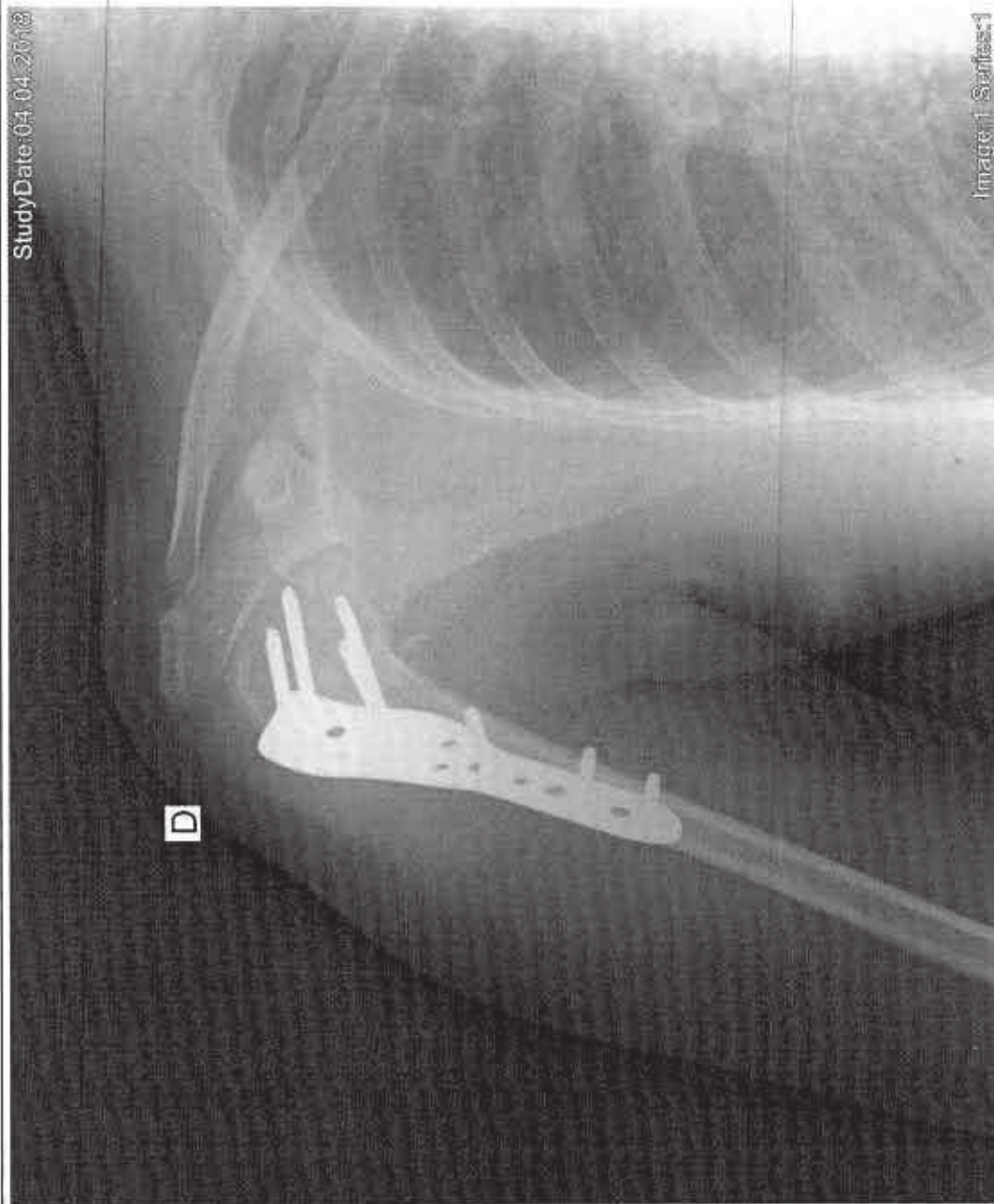
COMPREV PREVIDÊNCIA
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PatientID:
Name:

000000056304
JEISYELLE NUNES DE LIMA

Sex: Feminino
BirthDate: 01.04.1998
Age: 20a.

StudyDate: 04.04.2018



OSI PREVIDENCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO

15 OUT. 2018

PatientID: 000000056304

Name:

JEISYELLE NUNES DE LIMA

Sex: Feminino

BirthDate: 01.04.1998

Age: 20a.

StudyDate: 01.08.2019

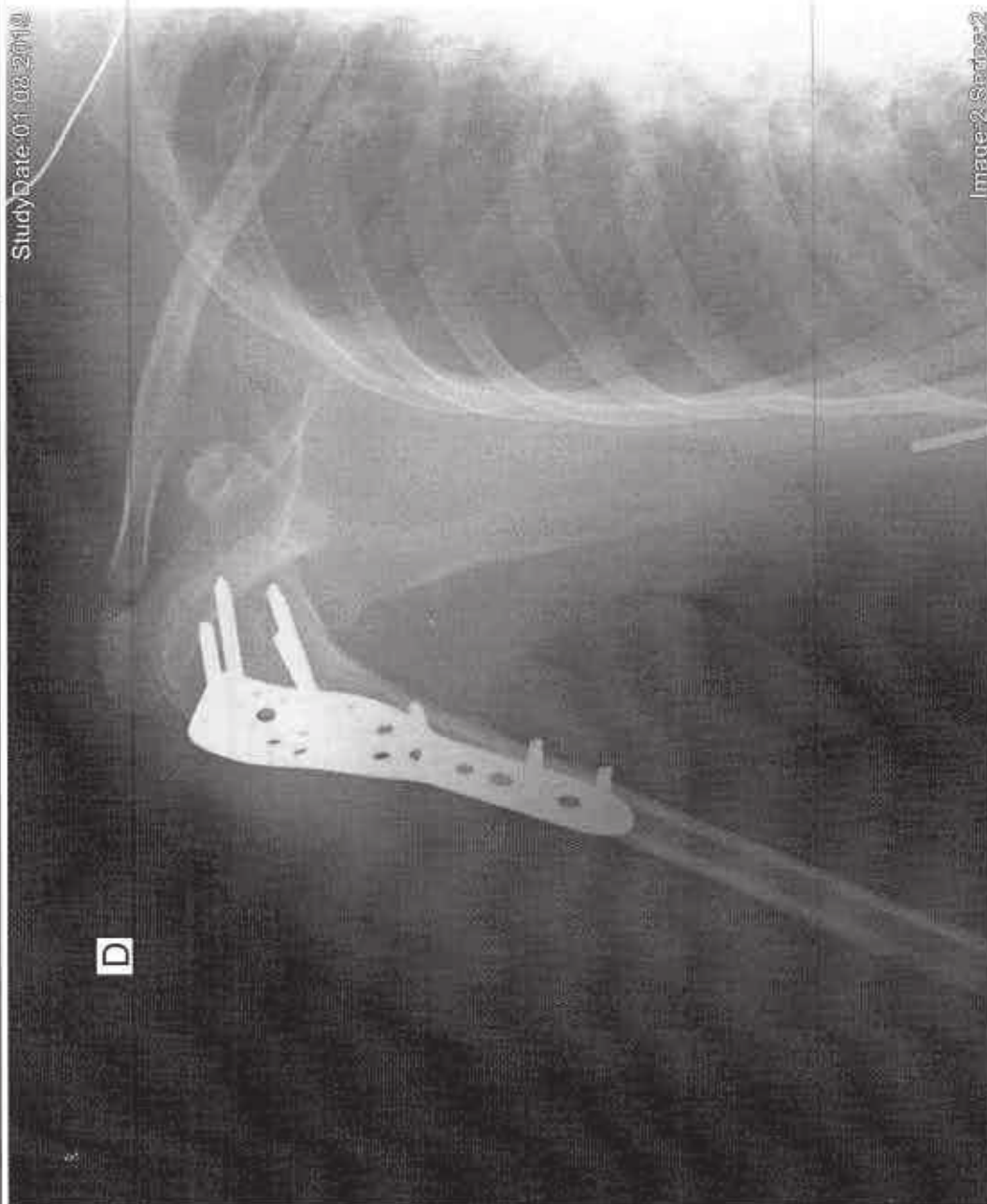


Image: 2 Series: 2

COMPREV PREVIDENCIA S/A

15 OUT. 2019

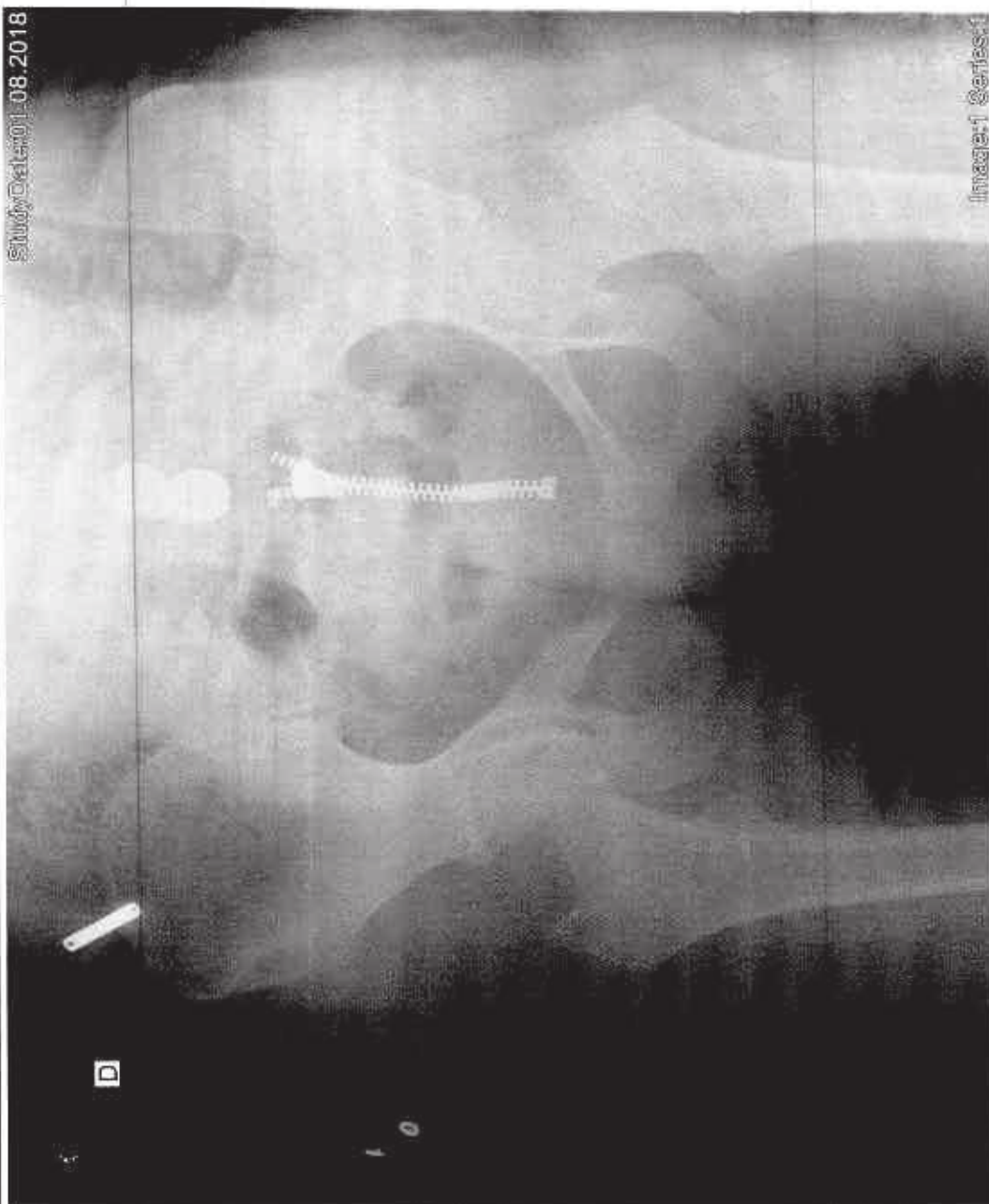
PROTOCOLO
AD. JOAO PESSOA

PatientID: 000000056304

Name: JEISYELLE NUNES DE LIMA

Sex: Feminino
BirthDate: 01.04.1998
Age: 20a.

StudyDate: 01-08-2018



HTOP

SOMPREV PREVIDENCIA S/A

15 OUT. 2013

PROTOCOLO

ADJUDICADO PESSOA



POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO

Consultas Médicas - Exames Laboratoriais - Ultrassonografia - Rolo X

Relatório Fisioterapêutico

Sapé, 08 de novembro de 2018

Declaro que a Sra. Jeizelle Nunes de Lima admitido para atendimento fisioterapêutico no dia 17 de agosto de 2018, com diagnóstico médico de fratura deúmero proximal direito.

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

No exame físico apresenta: Diminuição da amplitude de movimento da articulação direita do ombro no movimento de flexão. Diminuição da força em M3D, principalmente nos flexores, rotadores do ombro antebraço e punho.



POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO

Consultas Médicas - Exames Laboratoriais - Ultrassonografia - Rolo X

Apresenta como diagnóstico funcional:
limitação na realização de algumas
AVD'S, que requerem atividades
bimanuais, secundário ao comprome-
timento causado pela fratura de
úmero proximal direito.

Os objetivos propostos foram: Reduzir
contraturas e deformidades, aumentar/
melhorar a amplitude de movimento
em USD, aumentar a força muscular
em USD, evitar aderência cicatricial
e restabelecer a função.

Plano de tratamento proposto: alongamento
ativo assistido de USD, mobilização
articular passiva do ombro,
fortalecimento de flexores, abdutores
de ombro, US na região da cicatriz.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



POLICLÍNICA E LABORATÓRIO CLÍNICO

Consultas Médicas - Exames Laboratoriais - Ultrassonografia - Raio X

*Evoluiu com persistência do
quadro clínico descrito acima,
sendo necessário manter o trata-
mento fisioterapêutico.*

Amanda M^a Cavalcante
Fisioterapeuta

CREFITO 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 ÚRSULO, S/N
CENTRO - CRUZ DO E. SANTO / PB
(83) 3254 - 1230

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-156




Jeizelle Nunes de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.420.145 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/04/2016

NOME JEIZELLE NUNES DE LIMA

FILIAÇÃO JOSEVALDO DE LIMA
SUELENA DA SILVA NUNES DE LIMA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 01/04/1998

DOC ORIGEM NASC.N.36423 FLS.211 LIV.A-40

CARTORIO SAPE-PB

CPF 136.436.974-57

Assinatura: *Marcus A. B. Soares*

Marcus A. B. Soares

Carimbo: 1504/MS DE 03/08/83

1504/MS DE 03/08/83

COMPRÉV PREVIDENCIÁRIA

15 OUT. 2013

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

COMPREV PREVIDÊNCIA Sim

15 OUT. 2013

PROTOCOLO

136.436.974-57

COMPREV PREVIDENCIA

15 OUT. 2013

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
PARTIDA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

DOC. IDENTIFIC. / C.R.G. PASSOEM
3074357 SSP PB

CPF
076.706.164-07 DATA NASCIMENTO
15/01/1987

RELACAO
JOSE FELICIANO DA SILVA
KILIANE DE MELO COSTA

PERMITEÇÃO
ACC CAENNA
AB

Nº BIOMETRICO
03862195795

VALIDADE
22/01/2019

P. HABITAÇÃO
13/06/2006

OBSERVAÇÃO

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
23/01/2014

Assinatura: *Rodolfo Camarinho*

34414616525
P8027965120

DETRAN - PB (PARTIDA)

894087426

894087426

894087426

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Leizyelle Nunes de Lima PROTOCOLO
Nacionalidade: free Pessoa Est. Civil: solteira
Profissão: Estudante
Identidade: 6420195 CPF: 136.936.974-57
Endereço: Rua Nilcélio Torres Dias, 37

OUTORGADO:

Nome: JOAO FLAVIO DO MEO FELICIANO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CADUO
Profissão: ESTUDANTE
Identidade: 302438 CPF: 07670616107
Endereço: RUA DA ANTONIA GOMES 175 BANCARIO, SP. 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 Leizyelle Nunes de Lima

Soper. PB. 01 de outubro 2018.

Local e data

Leizyelle Nunes de Lima

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Capão - São Paulo - CEP: 05340-000 Fone/Fax: (011) 3283-5163 Severina Lúcia Malheiros Feliciano Sá

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: JEIZYELLE MUES DE LIMA

Em test. da verdade. São Paulo 01/10/2018 16:50:13

Severina Lúcia Malheiros Feliciano Sá - Titular

[2018-000145] EML:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPU:R\$ 1,90

SELLO DIGITAL: #0007538-LJ08

Confira a autenticidade em <https://sellosdigital.fipb.us.br>



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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEIZYELLE NUNES DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

JOSE FLAVIO DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: 000000035684-5

Nr. da Autenticação D5308325B66C7901