

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180088087**

Vitima: **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **27/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088087**.

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 12444560



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180088087**
Vitima: **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **27/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180088087**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 13 de Julho de 2018

Carta nº: 13093961

A/C: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180088087
Vítima: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 27/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000087952-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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





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 e forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Cristiane Costa Silva Farias de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.589.681 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 21/12/1993
 CPF 8271162344-34 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Op. Caixa
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1037,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM 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 pessoal, informações acerca da profissão e da faixa 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 Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao 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.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de 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 (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 0036 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 87952-3

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

João Pessoa, 07 de Fevereiro de 2018 Cristiane Costa Silva Farias de Oliveira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

032-510850251-2

01/FEV/2018

HORA DE 15:36:13

LOT: 13.04572-1

TERM: 018594

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTROLE: 045667575

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0036 013 00087952-3

CRISTIANE COSTA S F OLIVEIRA

VALOR

20,00

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

032-510850251-2

1ª VIA

SERIÇÃO LITON UNIST RS 16-FEB-2018 15:36:13 0457248 1/1

0036.013.87952-3

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Obs.: Em breve você estará recebendo a sua Cartão Propriedade de Propriedade.

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, Atendimento a pessoas Ouvidoria
sugestões e elogios. com deficiência auditiva ou de fala.


Nº DO SINISTRO 318008 8087 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, CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA,
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.589.681 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 31/12/93 E
CPF 887162344-34 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO OP.CAIXA,
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.070,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CRISTIANE C.S. FARIAS DE OLIVEIRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
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 pessoal, informações acerca da profissão e da faixa 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 Salário ou Função;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao 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.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner, ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de 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 (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, 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) 87952-3

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

João Pessoa 19 de junho de 2018 CRISTIANE COSTA SILVA F. DE OLIVEIRA
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 ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00693.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00693.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:21 horas do dia 05 de abril de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Pedro Sergio Domingos Soares, CNH nº 03142727477, CPF nº 907.672.254-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Promotor de Vendas, filho(a) de Josefa Domingos Soares e Ivanildo Barbosa Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/06/1975 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Carneiro de Paiva, Nº 180, complemento APTº 206, BC. B, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Ponto Final do Parque do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99323-0608.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João Maria de Araújo, Upa do Parque do Sol, João Pessoa/PB, bairro Valentina de Figueiredo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/11/16 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 27.11.2016, por volta das 18h30, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN ESD, COR AZUL, ANO 2004/2004, PLACA MNE3567/PB, CHASSI 9C2KC08204R026547, DE PROPRIEDADE DE PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES, onde na garupa estava sua companheira CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, NATURAL DE GURINHÉM/PB, CASADA, CAIXA, FILHA DE JOSÉ BERNARDO DA SILVA E DE ANA LÚCIA DA COSTA SILVA, RG. 1.589.681 SSP/PB, CPF. 827.162.344-34, residente no mesmo endereço do notificante, supracitado, quando transitavam pela Rua João Maria de Araújo, Valentina de Figueiredo, nesta capital, ao passarem por um cruzamento próximo à construção da nova UPA foram atingidos na parte dianteira esquerda por outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA BROS, não identificada; Que devido ao fato veio a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DRª JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE 26.02.2017 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que sua companheira CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA veio a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DRª JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE 26.02.2017 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelo SAMU; Que o outro motociclista machucou-se no rosto e também foi socorrido ao Hospital de Trauma, onde o mesmo apresentava sintomas de embriagues; Que a BPTRAN esteve no local; Que não deseja representar criminalmente.

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

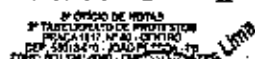
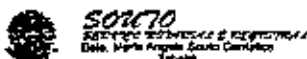
João Pessoa/PB, 05 de abril de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES

Notificante



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade:
João Pessoa-PB 07/02/2018 12:09:44
Dario dos Santos Lima - Escrevente
(2018-005990) EML-RS 2.37-FAPEN-RS 0.28-FEP-RS 0.42-2018-0.12
SELO DIGITAL: AG104246-18M1
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Procedimento Policial: 00693.01.2017.1.00.420



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

**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

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 612/055, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1515665, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA** idade 43 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 27/11/2016, na Av. Principal do Parque do Sol, Bairro: Valentina - João Pessoa - aproximadamente às 18:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma-Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 23 de Dezembro de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estetístico
CRE 52 Região: 30171

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

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: 09/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000087952-3

Nr. da Autenticação FFDBBF75D50245BD

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Christiane Costa Silva Farias de Oliveira.

RG nº 1.589.681, data de expedição 21/12/93 Órgão SSP- PB.

CPF nº 827.162.344-34 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)	Antônio Carneiro de Paiva
Número	Nº 180..cond. Maison I
Apto / Complemento	AP-206, Be. B.
Bairro	Gramma / Pingu do sol.
Cidade	João Pessoa
Estado	P.B.
CEP	58067303
Telefone de Contato	83- 9.9198-1953.
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Jacó, 15/02/2021

Assinatura do Declarante: Cristiane Costa Silva Farias de
Oliveira.

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é validação de conta.

Para pagar este documento vá até a agência de energia ou para: NP 001.452.049



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. ZEN, Km 12 - Caixa Postal - Jandaia do Sul - PR - CEP 86271-000
CNPJ 09.975.110/0001-05 - Insc. Est. 15.815.822-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA NATALHA DA SILVA
RUA ANTONIO CARNEIRO DE PAIVA S/N AP 708 BL B
JOÃO PESSOA

CONTADOR E CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1703631-0

REFERÊNCIA

DEZ/2017

APRESENTAÇÃO

29/12/2017

CONSUMO

95

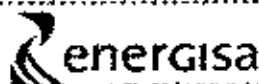
VENCIMENTO

26/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 76,31

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA NATALHA DA SILVA

Telefone: 16-005-641-9632

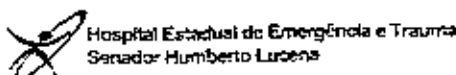
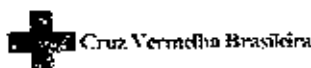
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/01/2018

VALOR A PAGAR POR VENCIMENTO

26/01/2018

R\$ 76,31

1703631-2017-12-7



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 963898

Documentação médico - hospital



Identificação do paciente			
ID 1110320	Nome CRISTIANE COSTA SILVA		Sexo Feminino
Data de nascimento 17/01/1973	Idade 43 anos 10 meses 10 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NÃO INFORMADA
Mãe ANA LUCIA DA COSTA SILVA	Pai JOSE BERNARDO DA SILVA		Prometido
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988755307	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO		UF PB
E-mail	Naturalidade CURINHEM	CSO/R	
Endereço			
CEP 58058040	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro LUIZ GONZAGA HOLMES DE ALMEIDA
Número SN	Complemento APTO 204	Bairro MANGABEIRA	
Admissão			
Data e Hora 27/11/2016 19:47:28	Número da pulseira 1000004687466		Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Tipo de atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X MOTO
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		
Sinais Vitais			
PA x mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			CD
Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS			Tempo 04min 01seg

Imprimir

SEACOR - IRE PAUT - 16-11-2016 19:18:22 1/1

12/12

27/11/2016 19:50



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

1602004687466 BE: 963898
CRISTIANE COSTA SILVA
DT. NASC.: 17/01/1972
NAC. RUA LUCIA DA COSTA SILVA

END.: LUIZ GONÇALVES HOLMES DE ALMEIDA
N. 54 - BRAGANÇA
JORO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (11) 998705307
IDADE: 43
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente trazida pelo SAMU, vítima de acidente moto em alta velocidade, c/ ferimentos, queixando-se de dor em pernas e antebraço D. Nega perda da consciência, vômito, tontura ou outras queixas.
Grogar 15

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ PÉRIAS () Ostruídas
AÉREAS ☒ Símbolos () Não
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA
() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1. MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2. RUIDOS

HTD: ☒ Sim
() Não
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ Imp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Retórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO: ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS: ☒ Normotônicas () Hipofônicas
() Hipofônicas () Ausente
SOPRO: ☒ Presente () Ausente
BE OU BA: ☒ Sim () Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: flácido, indolor

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Foto:reagente () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	☒	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	☒	Obedece aos comandos	☒
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1

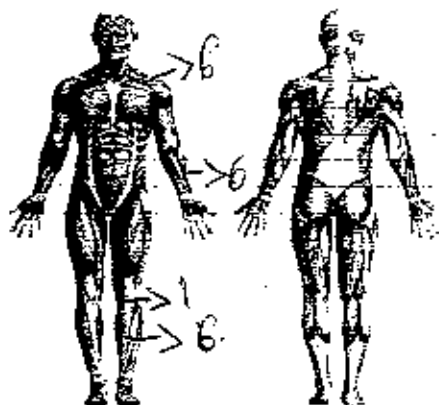
SEBASTIÃO | TUPACATI | 16-07-2016 15:18 04/7228 1/1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☒ Sim: Não
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☒ Sim: Não
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☒ Sim: Não
 PATOLOGIA: ☐ Não ☒ Sim: Não
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: Não

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



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

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1º atendimento		
2			
3			
4	SR 500 ml EV agora		
5			
6	Piraxina 1g + AD EV agora -> 20:10		
7			
8	Teleproquo 10 mg + 10 ml 5000,2 EV lento -> 20:10		
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Ortopedia às _____ do dia ____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA 23.11.16
 SAÍDA 23.11.16
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Declínio médico ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

Dr. Daniel Bragança Cavalcante
 MÉDICO
 CRM 9008 PB

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004687466 BE.: 963898
CRISTIANE COSTA SILVA
DT. NASC.: 17/01/1973
MRE: ANA LUCIA DA COSTA SILVA
END.: LUIZ GONZAGA HOLMES DE ALMEIDA
N. SN - TRANQUEIRA
JURO PESSOA
FONE: (1)
CELULAR: (83) 998756307
IDRDE: 43
DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	3	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
27/11/16		# Ortopedia	
			Paciente chega de Curitiba de modo apreensivo com o leito de ferimento em braço @. Neu- ropatia em alterações Rx eritema exantemático na região da cintura
			CP: - Imobilização - TTO conservadora - Retorno cl 3 dias - Alta de Ortopedia
			Dr. Daniel Cavalcanti MEDICO CRM 9248 PR
			Ortopedista Dr. Fred

SESPROD LIDR PALESTIN 56-FUL-2016 1518 947029 1/1



Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA BACIA

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA

Estudo radiográfico dentro dos padrões da normalidade.

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

SEBASTIÃO | Tereza Beatriz | 16-FEB-2016 15:19:04 | 1230 1/1

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:39.

Dra. Alessandra P. C. Mendes

CRM: 6293 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA TORNOZELO DIREITO

ESPORÃO NO CALCÂNEO.

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

SCS ENX008 1 1107 09007 06 16-FEB-2018 15:18 04/031 1/1

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:39

Dra. Alessandra P. C. Mendes

CRM: 6293 - PB



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

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA ANTEBRAÇO

Fratura do terço médio da diáfise da ulna.

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

SEI 000000168989 | TEND 120017 65 16-FEB-2018 15:18 04/03/2 1/1

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:40.

Dra. Alessandra P. C. Mendes

CRM: 6293 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL

Não há evidência de curvaturas anormais significativas.

Transição crânio-vertebral sem alterações.

Não se identificam costelas cervicais.

Corpos vertebrais com morfologia conservada.

Espaços discais sem reduções expressivas.

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

SCB 04/08/11 10:11 09/01/16 16-FFP-2018 15:18 04/7233 1/1

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:41.

Dra. Alessandra P. C. Mendes

CRM: 6293 - PB



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

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca de configuração anatômica normal.

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

00000000168989 27/11/2016 06:47 1/1

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:47.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



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

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA OMBRO ESQUERDO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA

Estudo radiográfico de ombro esquerdo dentro dos padrões da normalidade.

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

SENADOR LUIZ DUTRA 65 16-11-2016 15:18 041235 1/1

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:47.

Dra. Alessandra P. C. Mendes

CRM: 6293 - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENFÍCA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

140/01

Enidiane Costa Silva, Fonecos de Silva

Assinatura no documento

CAHTEIRA DE IDENTIDADE

IDENTIFICAÇÃO NACIONAL

21.12.1993

OSÓ Henrique da Silva

via Lucas da Costa Silva

27.01.1973

Cartão de Identificação Nacional

De João Antonio

27.12.1993

140/01



CONFERE COM O ORIGINAL

João Pessoa - PB, em 26 de 9 de 2017

Assinatura/Carimbo do Funcionário

Matrícula

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL

DELEGACIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

DELEGACIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 255917 Laudo nº: 03.01.06.042017.10868

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 01/06/2017 Hora do exame: 19:00

Órgão Requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital. nº da Solicitação: 71.2017 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA, 44 anos, sexo: Feminino Raça/cor: pardo filho(a) de: José Bernardo da Silva e de: Ana Lúcia da Costa Silva, Estado civil: Solteiro(a). Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Gurinhém/PB. Profissão: ignorado.

HISTÓRICO: a pericianda relata que foi vítima de acidente de trânsito em 27/11/2016.

DESCRIÇÃO: O membro superior esquerdo não revela deformidades. O exame funcional desse membro mostra limitação dos movimentos da articulação do punho, estimada em 30%. Trouxe laudo médico emitido em 26/02/2017 pela Dra. Joacila B. Brandão, CRM 1781, no qual consta o diagnóstico de fratura da ulna esquerda, cujo tratamento foi conservador. Trouxe laudo médico emitido em 27/04/2017 pelo Dr. Nilvan da Silva Linhares, CRM 5044, no qual consta o diagnóstico de fratura do antebraço esquerdo, dor residual e limitação dos movimentos de prono supinação.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, ESTIMADA EM 30%.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? NÃO.

Dr. Antônio Vieira de Moura
Perito Oficial Médico Legal
Mat: 157.639-9 CRM 4371/PB

583803001 | 1072 DEPART. SS
16-FEB-2018 15:11
43237 1/1

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066603/18

Vítima: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

CPF: 827.162.344-34

Data do Acidente: 27/11/2016

CPF de:
Próprio

Titular do CPF: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA : 827.162.344-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 16/02/2018

Nome: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 827.162.344-34

Data do cadastramento: 22/02/2018

Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa

CPF: 164.083.787-65

CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA FABÍO DE OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 27/11/2016 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 82716234434

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada (X) Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada (X) Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): FABÍO DE OLIVEIRA
 Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 82716234434
 E-mail: 82716234434
 Data: 07/02/2018 Assinatura: Carla Costa S. D. de Oliveira
 Tel.: 91981953

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): SE/CE NORULIA 3030011
 Atendente: HELEN LOP V. G. de Souza Matrícula: 8478037
 Data: 07/02/2018 Assinatura: [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066603/18

Vítima: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/11/2016

CPF: 827.162.344-34

CPF de:
Próprio

Titular do CPF: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA : 827.162.344-34

Autorização de pagamento

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 chanceia 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/06/2018

Nome: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

CPF: 827.162.344-34

Data do cadastramento: 26/06/2018

Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

CPF: 083.495.187-82

CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Frões

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: José Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Frões
Superintendente de Sinistros
arthurfroes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180088087 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/11/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2018

Valoração do IML: 30

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS ESQUERDO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações: INDENIZAÇÃO ADAPTADA A LEI

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: