

---

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUANA RODRIGUES DA SILVA**  
  
Nº Sinistro: **3180196711**  
Vitima: **LUANA RODRIGUES DA SILVA**  
Data do Acidente: **10/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180196711**.

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, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUANA RODRIGUES DA SILVA**

**Sinistro:** **3180196711**

**Vítima:** **LUANA RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente:** **10/12/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180196711** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUANA RODRIGUES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180196711**

Vitima: **LUANA RODRIGUES DA SILVA**

Data do Acidente: **10/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180196711**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 entre 16 e 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

084.300.624-24

Nome completo da vítima

*Lucia Rodrigues da Silva*

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|               |                                 |                      |                |                |                  |
|---------------|---------------------------------|----------------------|----------------|----------------|------------------|
| Nome completo | <i>Lucia Rodrigues da Silva</i> | CPF titular da conta | 084.300.624-24 | Profissão      | <i>Recebe-se</i> |
| Endereço      | Rua Morais Arcoverde, 72        | Número               | 72             | Complemento    |                  |
| Bairro        | Fundação                        | Cidade               | João Pessoa    | Estado         | PB               |
| E-mail        | ccf.adm@gmail.com               | CEP                  | 58079 - 220    | Telefone (DDD) | 83-98849-5530    |

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**

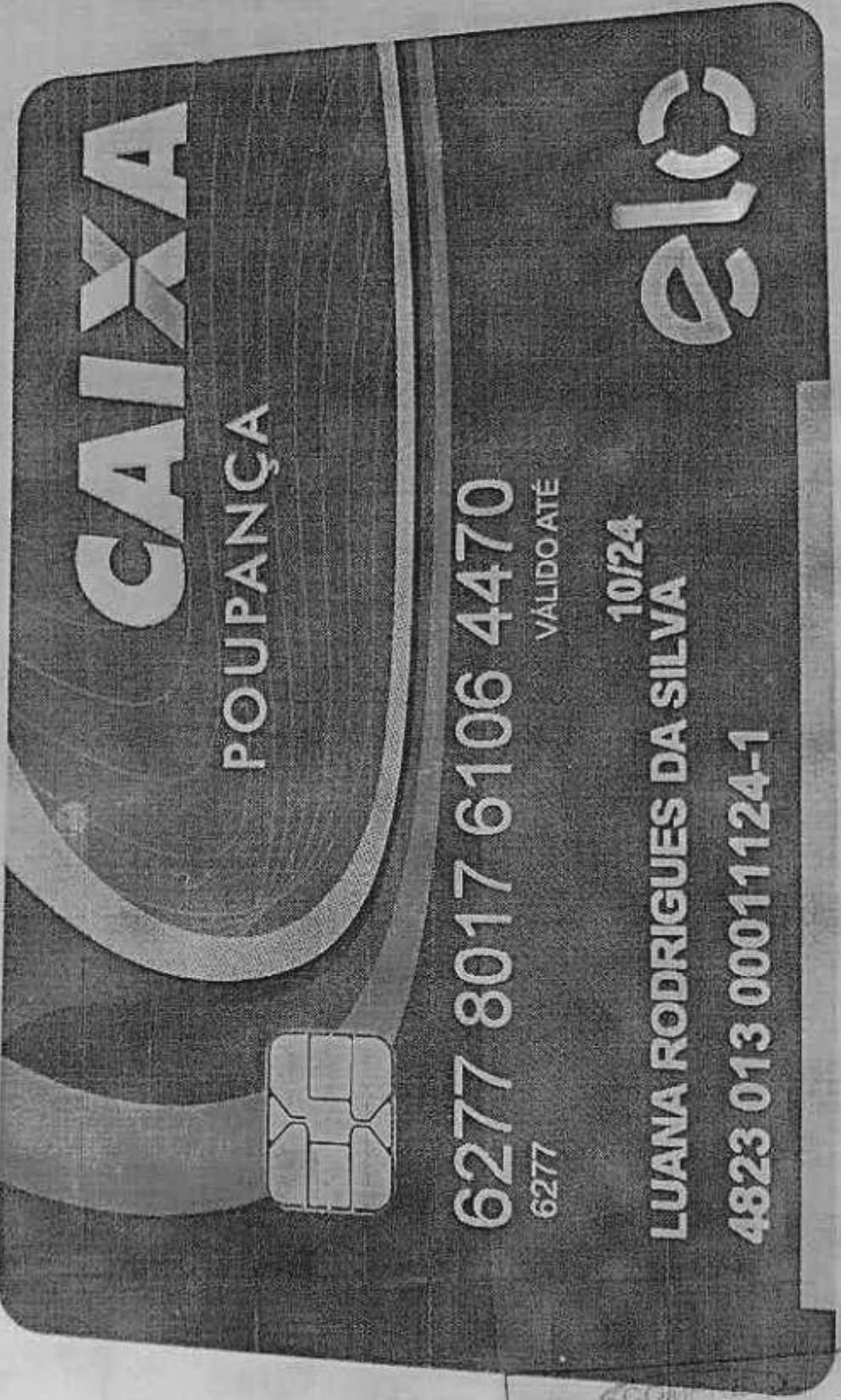
|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR  | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00   | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  |
| <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  |  |   |  |
| BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) <i>Operação - 013</i> |  |   |  |
| AGÊNCIA NRO.   | D/V.   | CONTA NRO.                                      | D/V.   |
| 48.23  |  | 000144.24                                       | 1  |
| (Informar dígito se existir)   |  |   |  |
| <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)  |  |   |  |
| BANCO Nome: <i>COLINÉV PREVIDÊNCIA S/A</i><br>AGÊNCIA NRO.: <i>30</i> CÓNTA NRO.: <i>273</i> D/V.: <i>S/A</i><br>(Informar dígito se existir)  |  |   |  |
| <i>COLINÉV PREVIDÊNCIA S/A</i><br><i>ACRO 013</i><br><i>SOA</i>  |  |   |  |

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.

*José Pessoa, 30 de Abril*  
 Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



COMPREV P. CAXXA S/A

30.07.2023

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

N.º 28 /2018

**OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO E A REQUERIMENTO VERBAL DE PESSOA INTERESSADA QUE REVENDO EM CARTÓRIO O REGISTRO DAS OCORRÊNCIAS POLICIAIS CUJO TEOR PASSO A TRANSCREVER NA ÍNTegra, SOB A RESPONSABILIDADE DA AUTORIDADE POLICIAL, O SEGUINTE RELATO;**

**COMUNICANTE:** LUANA RODRIGUES DA SILVA, ESTADO CIVIL: SOLTEIRA, NATURALIDADE: JOÃO PESSOA-PB, PROFISSÃO: ESTAGIÁRIA, DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1989, IDADE: 28 ANOS, RG: 3.184.783 SSDS/PB, CPF: 084.300.624-24, FILIAÇÃO: LUIZ JOSÉ DA SILVA E CENILDA RODRIGUES DA SILVA, ENDEREÇO: RUA MANOEL ARAUJO TORQUATO, Nº 72, FUNCIONÁRIOS, JOÃO PESSOA-PB, TELEFONE: 83-99802-1181, GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR COMPLETO, DIA DO OCORRIDO: 10/12/2017, LOCAL DO FATO: BR 230, JOÃO PESSOA-PB



**HISTÓRICO:** LUANA RODRIGUES DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 10/12/2017 QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES DE PLACA NPR-0252/PB, COR PRETA, ANO/MODELO 2011/2012, CHASSI Nº 9C2JC4829CR280201 DE SUA PROPRIEDADE, PELA BR 230, NAS PROXIMIDADES DA CONCESSIONÁRIA DE VEÍCULOS BRAZMOTORS NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, O VEÍCULO QUE TRAFEGAVA A SUA FREnte FREOU BRUSCAMENTE, VINDO A MESMA A COLIDIR CONTRA A SUA TRASEIRA, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E CAIU SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 10:58H E SIDO DIAGNOSTICADA COM TCE LEVE + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS CID 10 S00.9 + T07, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELA DRA JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM: 1741/PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante: X Luana Rodrigues da Silva

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 13 de abril de 2018

*Vanildo Wanderley Lins Filho*  
Agente de Investigação-Polícia Civil  
Matrícula 156.268-1



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

*Bruno Rodrigues da Silva*

CPF da Vítima

*084.300.624-24*

Data do Acidente

*10/12/2017*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

E-mail

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a análise 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 o pedido de 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.

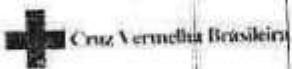
*José Pessoa, 30 de Abril*

Local e Data

*Bruno Rodrigues da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospitais Estaduais de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1047490



|  |  |                                       |   |           |        |                    |                        |
|--|--|---------------------------------------|---|-----------|--------|--------------------|------------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>       |  |                                       |   |           |        |                    |                        |
| D<br>1239070                           | Nome<br>LUANA RODRIGUES DA SILVA                 |                                       | Sexo<br>Feminino                                    |           |        |                    |                        |
| Data de nascimento<br>15/12/1989       | Idade<br>27 anos 11 meses 25 dias                | Estado civil                          | Religião<br>Prontuário                              |           |        |                    |                        |
| Mãe<br>CENILDA RODRIGUES DA SILVA      |  |                                       | Pai<br>LUIZ JOSE DA SILVA                           |           |        |                    |                        |
| Escolaridade:                          |  |                                       | Responsável (Parentesco)<br>CENILDA RODRIGUES - MAE |           |        |                    |                        |
| DDD Móvel<br>83                        | Fone Móvel<br>986233274                          | DDD Fixo                              | Fone Fixo   |           |        |                    |                        |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)      | Número documento<br>3184783                      | Nº Cris<br>163938322750001            |   |           |        |                    |                        |
| Local de procedência<br>BR 101         |  | Tipo<br>BAIRRO                        | UF<br>PB  |           |        |                    |                        |
| Email                                  | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                      | CBOR                                  |   |           |        |                    |                        |
| <b>Endereço</b>                        |  |                                       |   |           |        |                    |                        |
| CEP<br>58079220                        | Município de residência<br>JOAO PESSOA           | UF<br>PB                              | Logradouro<br>MANOEL ARAÚJO TORQUATO                |           |        |                    |                        |
| Número<br>72                           | Complemento                                      |                                       | Bairro<br>FUNCIONÁRIOS                              |           |        |                    |                        |
| <b>Admissão</b>                        |  |                                       |   |           |        |                    |                        |
| Data e Hora<br>10/12/2017 10:58:19     | Número da pulseira<br><b>1000006297014</b>       |                                       | Convênio<br>SUS                                     |           |        |                    |                        |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL        |  | Clinica                               |   |           |        |                    |                        |
| Classificação de risco                 |  | Ordem do paciente<br>RUA              |   |           |        |                    |                        |
| Caráter de atendimento                 | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |   |           |        |                    |                        |
| <b>Indicadores e Transporte</b>        |  |                                       |   |           |        |                    |                        |
| Caso policial<br>Não                   | Plano de saúde<br>Não                            | Vôo de ambulância<br>Não              | Trauma<br>Não                                       |           |        |                    |                        |
| Meio de transporte<br>CARRO PARTICULAR |  | Quem transportou                      |   |           |        |                    |                        |
| <b>Sinais Vitais</b>                   |  |                                       |   |           |        |                    |                        |
| PA<br>X                                | mmHg   | P脉                                    | Temperatura   |           |        |                    |                        |
| <b>Exames complementares</b>           |  |                                       |   |           |        |                    |                        |
| Raio X []                              | Sangue []  | Urina []                              | TC []   | Liquor [] | ECG [] | Ultrasomografia [] | 30 APR. 2018           |
| Dados clínicos                         |  |                                       |   |           |        |                    | COMPREV PREVIDENCIASIA |
| Diagnóstico                            |  |                                       |   |           |        |                    | CD                     |
| Atendido por<br>KELLY DE SOUZA BARBOSA |  |                                       |   |           |        |                    | Tempo<br>02min 35seg   |

Imprimir

COMPREV  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-67

|   |
|---|
| PARA CONTATO COM A CAGEPA,<br>INFORME ESTE NÚMERO |
| MATRÍCULA   |
| 993662  |
| REFERENCIA  |
| FEV/2018  |

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

**LEUZ JOSÉ DASH VÁ**  
RUA MANOEL ARAUJO TORQUATO, 72 - FUNCIONARIOS JOÃO  
PESSOA PB 58079-220

| Inscrição   | SMI                         | Quantidade de Economias                  | Responsável                       |
|---|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| 001 026 470 0753 000  | 000                         | Residencial Doméstico Industrial Pública |                                   |
| Hidrômetro  | Data de Instalação          | Localização                              | Situação Água Situação Esgoto     |
| 41514076000   | 09/10/2015                  | JANDIÁ                                   | ABALADO FONCTIONAL                |
| ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (L/M)   NÚM. IL   LIG.   PROXIMA LEITURA   | 9   1   8   32   19/03/2018 |  |                                   |
| HIST. DE CONS / ANO   LLIT.   QUAL ID. DA AGUA DECRETO 2.914/2011 HS. |                             |  |                                   |
| JAN/2018  | 8                           | 10                                       | PARA METROS E:16 ANALIS. COMORMES |
| DEZ/2017  | 8                           | 0  | FURADEZ 194 294 292               |
| NOV/2017  | 8                           | 0  | CLORO 194 294 294                 |
| OCT/2017  | 8                           | 0  | COL. TERMOT 0 100 98              |
| SET/2017  | 8                           | 0  | COR 194 294 294                   |
| AGO/2017  | 8                           | 0  | COL. TOTAL 194 294 294            |
| MÉDIA(H2)   | 8                           |  | DADOS REFERENTES A DEZ/2017       |

| DATA DA IMPRESSÃO: 20/02/2018   | DATA DA IMPRESSÃO: 20/02/2018 |
|---------------------------------|-------------------------------|
| DESCRICAÇÃO                     | QTD/H2                        |
| ÁGUA                            | TOTAL(CRS)                    |
| RESIDENCIAL   UNIDADE(S)        |                               |
| CONSUMO DE ÁGUA                 | 8 H2 36,84                    |
| ESGOTO                          |                               |
| ACRESCIMOS(MESSES) ANO: 11/2017 | 0,75                          |
| JUROS DE MORA 11/2017           | 0,19                          |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,41 R\$ 1.000,00 12/2017

|             |                |           |
|-------------|----------------|-----------|
| VENCIMENTO: | Total a Pagar: | R\$ 37,96 |
|-------------|----------------|-----------|



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICÃO DO FATURAMENTO: HIDRÔMETRO INOPERANTE TIPO DE TARIFA: 1

**INFORMAÇÕES GERAIS:**

\*\*\* ALDISSARIO: CÓDIGO ESTA SENDO APPLICADO SE I DINHEIRO \*\*\*  
WWW.TRANSPARENTEA.PB.GOV.BR

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTG RECIFE PE PL6

DATA DE POSTAGEM: 10/10/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOÃO PESSOA PB



7211307021251173400007999030101017

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Quirino Leitão Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.854.364-99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Juana Redaques do Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.300.624-24, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da Vítima Juana Redaques do Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.300.624-824, 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>Avenida Beira Mar</u>     | Número                   | <u>172</u>          | Complemento            |
| Bairro   | <u>Centro</u>                | Cidade                   | <u>João Pessoa</u>  | Estado                 |
| Email    | <u>ccf.adilson@gmail.com</u> | Telefone comercial (DDD) | <u>83-3996-1910</u> | Telefone celular (DDD) |

João Pessoa, 30 de Abril  
Local e Data

Adilson Luiz de Quirino Leitão Neto  
Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUANA RODRIGUES DA SILVA

DADOS DE NASCIMENTO 15/12/89

NOME DA MÃE GENILDA RODRIGUES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.047.490

#### Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 10/12/17

HORA DO ATENDIMENTO 10:58

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 00.9 + T 07

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 1 hora da manhã de hoje, apresentando episódio de cefaléia, desmaio, náuseas e vômitos, queixa-se de dor no corpo, dor e edema e limitação funcional do tornozelo D, além de diversas escoriações e abrasões. Relato de ter consumido álcool. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX da perna D - AP e P

RX do tornozelo D - AP e P



### TRATAMENTO:

Sem alteração à TC e aos RX. Realizado atendimento, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia e da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 10/12/17

DATA DA EMISSÃO: 05/04/18

  
Dra. Joacília Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,  
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

|   |                |  |   |
|---|----------------|--|---|
| Paciente<br><b>LUANA RODRIGUES DA SILVA</b> | BAE<br>1047490 | Data/Hora Entrada<br>10/12/2017 10:58:19       | Data Baixa                                  |
| Data de nascimento<br>15/12/1989            | Idade<br>27    | Sexo<br>Feminino                               | Telefone de Contato<br>(83) 986233274       |
| Mae   |                |  | Prontuário                                  |
|   |                | Bairro<br><b>FUNCIONÁRIOS</b>                  | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>             |
|   |                | Profissional<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Nº Cons. Regime<br>10942/PB                 |
|   |                |  | Data/Hora Prescrição<br>10/12/2017 11:25:37 |
|   |                | Nº Matrícula                                   | Senha                                       |

## ANAMSE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO VS CARRO AS 1H DA MANHÃ DE HOJE. PACIENTE REFERE TER CONSUMIDO ALCOOL, ESTAVA SEM CAPACETE E APRESENTOU EPISÓDIO DE DESMAIO. REFERE AINDA NAQUELE MOMENTO QUEIXA-SE DE DOR, EDEMA E LITACÃO FUNCIONAL DE TORNozELO DIREITO. NESTA ocasião TROPOCA E DOR ABDOMINAL. QUEIXA-SE DE CEFALÉIA, NAUSEAS, DOR DIFUSA PELO CORPO, MUITO DIFICIL AS DIVERSAS ESCORIAÇÕES E ABRASÕES.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: +100ML SF)

## CUIDADOS

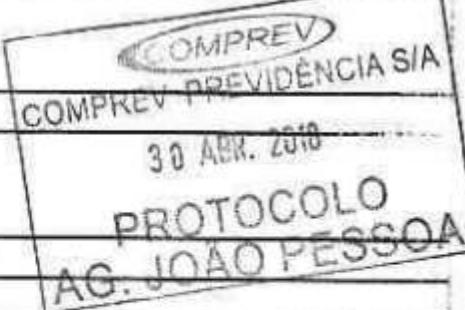
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

INDICADA DO CRANIO

INDICACAO ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

INDICACAO DE Perna Direita

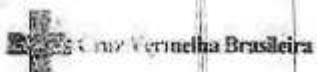


## Conselho

Em observação

LUANA RODRIGUES DA SILVA

ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
(CRM-10942/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                          |                         |                          |                     |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|
| Paciente                 | BAE                     | Data/Hora Entrada        | Data Baixa          |
| LUANA RODRIGUES DA SILVA | 1047490                 | 10/12/2017 10:58:19      |                     |
| Data de Nascimento       | Idade                   | Sexo                     | Telefone de Contato |
| 15/11/1995               | 27                      | Feminino                 | (83) 986233274      |
| Res.                     |                         |                          | Prontuário          |
| CEP:                     | CEP:                    | Bairro                   | UF                  |
| 58031090                 | 58031090                | FUNCTIONARIOS            | PB                  |
| DATA:                    | Motivo:                 | Profissional             | Nº Cons. Regional   |
| 10/12/2017               | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA | 6800/PB             |
| Data/Hora Liberação      |                         | Data/Hora Prescrição     |                     |
|                          |                         | 10/12/2017 14:19:04      |                     |
|                          |                         | Nº Matricula             | Senha               |

### ANAMNESE

NEUROLOGIA:

TCE LEVE, QUEDA MOTO  
GLASGOW 15  
PUPILAS ISO; SEM DÉFICIT MOTOR

TC CRÂNIO NORMAL

ORIENTAÇÕES

ANALGESIA

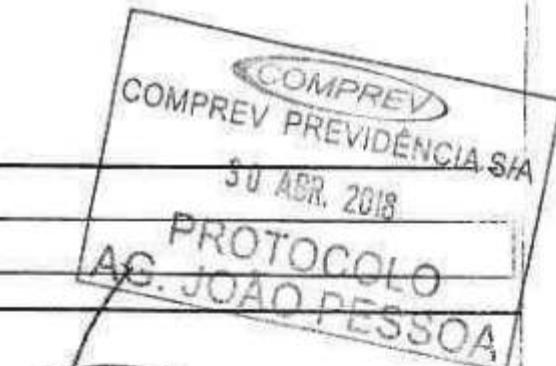
ATESTADO

DATA: 10/12/2017  
Local: hospital intracraniano, não especificado

Conduite:

EM OBSERVAÇÃO

LUANA RODRIGUES DA SILVA



04 10/12/17 # Cir. Cn. 11

14:25h

Paciente evoluindo sem complicações.

Sem pruebas

(1) Até hospital.





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

Atendimento: 201730975162

Idade: 27 anos

Paciente: LUANA RODRIGUES DA SILVA

Data: 10/12/2017

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

**Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, antes e após a injeção de contraste iodado endovenoso.

**Análise:**

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.  
Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

**Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.**

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Nota: Exame feudado no dia 10/12/2017  
16:13 e revisado no dia 10/12/2017 16:14.*

  
**Dr. Tiago Nepomuceno**  
**CRM 6723 - PB**

ESTACIONALIDAD EN

MANSENADOR I.

CO MÉDICA

**LUANA RODRIGUES** / **M. S. V.A.**  
Molho do Aleijadinho

**LUANA RODRIGUES** / **M. S. V.A.**  
Molho do Aleijadinho

Moritz  
LJAN  
Molitor

Norbert  
LJAN  
Molve

Comments

CONTINUUM

Nome do candidato

**Nome da entidade**

1100

1 | CREATIVO

CURATIVE

-

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE

AS LINS DE ALMEIDA

DIEGO

10 de Dezembro de 2017

Assiniboriee General de la

5

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA  
30 APR. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

MAPA CENADOR

MAPA CENADOR

MAPA CENADOR

|                                   |                          |            |                      |        |        |             |          |             |         |                        |   |
|-----------------------------------|--------------------------|------------|----------------------|--------|--------|-------------|----------|-------------|---------|------------------------|---|
| Nome                              | LUANA RODRIGUES DA SILVA | Data de N. | 15/12/1991           | Idade  | 27     | Sexo        | FEMININO | Nº Plano    | 1047490 | Validade da Prescrição | 10/12/2017 11:25:00 - 11/12/2017 11:25:00 |
| Médico do Atendimento             |                          | Entrega:   |                      |        |        |             |          |             |         |                        |   |
| Convenio                          |                          |            |                      |        |        |             |          |             |         |                        |   |
| SUS                               |                          |            |                      |        |        |             |          |             |         |                        |   |
| Nome do medicamento               | Dose                     | U.M.       | Orientação de Uso    | Via da | Via da | Veloc. Inj. | Pos.     | Aprazamento |         |                        |   |
| 1. DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 2.0                      | ML         |                      | E.V.   |        |             |          | AGORA       |         |                        |   |
| 2. ICETOPROFENO 100 MG            | 100.0                    | MG         | Observação: 100ML SF | E.V.   |        |             |          | AGORA       |         |                        |   |
| 3. SOLICITAÇÃO DE PARECER         | 0.0                      |            |                      |        |        |             |          |             |         |                        |   |
| 3. NEUROCIRURGIA                  | 0.0                      |            |                      |        |        |             |          |             |         |                        |   |
| 4. PARECER ORTO                   | 0.0                      |            |                      |        |        |             |          |             |         |                        |   |

ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
CRM: 10942

10/12/2017 11:25:37  
Assinatura do Cariúdo Moreira  
Assinatura do Cariúdo Moreira

10/12/2017 11:25:37  
Assinatura do Cariúdo Moreira  
Assinatura do Cariúdo Moreira

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA  
30 ABR. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DA PREVIDÊNCIA  
SOCIAL

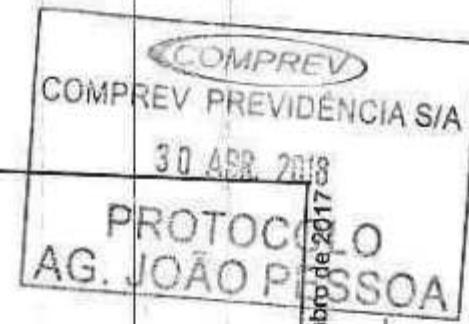
|                           |                                   |
|---------------------------|-----------------------------------|
| REQUERIMENTO              |                                   |
| IMAGEM                    |                                   |
| LUA NA RODRIGUES DA SILVA |                                   |
| Data de<br>15/12/1989     | Nº Boletim Emergencial<br>1047490 |
| Material a examinar       |                                   |

EXAME DE IMAGEM  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
(DIREITA)  
RADIOGRAFIA DE ANTICULACAO TIBIO-TARSICA  
RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITA

*Neve*

*luc*  
10  
15.2.2017  
*medico*

*xx*  
10 10.11  
*yy*



10 de Dezembro de 2017

*luc*  
10.12.2017  
Médico

Assinatura e Carimbo do Profissional

Foto ou assinatura impressa para registro no documento médico-clínico

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SOLICITAÇÃO DE PREV

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| LIANA RODRIGUES DA SILVA |                       |
| Data de                  | Nº Boletim Emergência |
| 15/12/1989               | 1047490               |
| Material a examinar      |                       |

PROCEDIMENTO  
BOTIA ALA

Perna (9) pés univ

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA  
30 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Carimbo do Profissional  
S/A

10 de Dezembro de 2017

1) Fornecer cópia assinada para integração ao protocolo



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A) LUANA RODRIGUES DA SILVA

RG (IDENTIDADE)  
2184783

FUI ATENDIDO (A) POR GUSTAVO CARTAYO PATRIOTI

DO/A) HOSPITAL ESTADUAL DE FONTE LIMPA

NO DIA 10/12/2017 14:18:35 , NECESSITANDO DE 19 PCT

CID: S06.9 - Traumatismo interno

OpenSUSE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

## LOCATE DATA

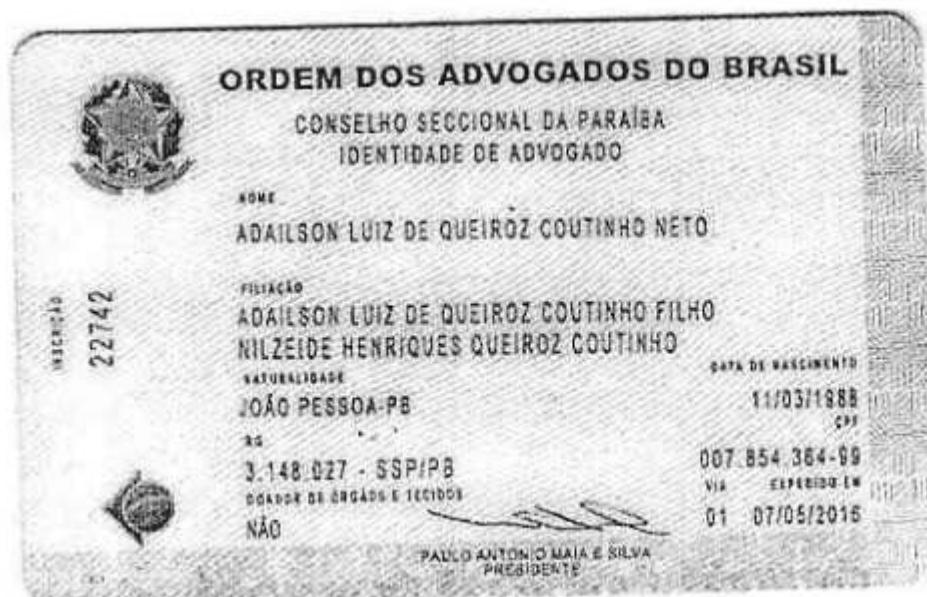
**ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO**  
(campo contendo nome completo e registro CRM-CRQ)

~~NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FALCIDADES PREVISTAS NO ART. 2º DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO~~

GUSTAVO CARTAS PROVISIONES  
1880-1881

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

DETAN - PB N° 012896514467  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
VIA COPIA DE NAVATA 0845269250-0  
EXERCICIO 2017

PB № 012896514467 BILHETE DE SEGURO D'VAT

**LIRAND RODRIGUES DA SILVA**

INCOME —

E É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
A MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
CONDICÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 0222 1204

EXERCÍCIO  
2017

**RICOH/ECOSYS** **COMBO TWE**  
**PLA/MONTANTE Y ADHESIVO**

WA 0843992424 Cpe Cpej

|                  |                |            |            |
|------------------|----------------|------------|------------|
| HONDA/BIZ 125 ES | MARCA / MODELO | ANO/FAB.   | ANO/ODOM.  |
|                  |                | 2011       | 2114       |
| CAP / PGT / CIL  | CATEGORIA      | DATA REG.  | DATA T.I.  |
| 250              | ES             | 2011-01-01 | 2011-01-01 |

|        |             |              |           |                                      |
|--------|-------------|--------------|-----------|--------------------------------------|
| RENAME | 39152502500 | HOMA/BEL 125 | MARCA/MOD | 000-11111111111111111111111111111111 |
| NAME   | SOHN        |              |           |                                      |

| COTA ÚNICA |             | VENO / COTAS          |
|------------|-------------|-----------------------|
| I          | 500,00      | 1*                    |
| P          | FAIVA / PVA | PARCELANVENTO / COTAS |
| V          | 44444444    | 3*                    |

## PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) — OF (RS) — PRÉMIO TOTAL (RS) — DATA DE PAGAMENTO  
 \* \* \* \* \* SÉRIE RAGÔ 29/01/2011  
 OBSERVAÇÕES —  
 A.S. ECO PANAMERICANO S.A. DELEGACIÃO SIC

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.600/0001-04

SCANNING

卷之三



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180196711      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUANA RODRIGUES DA SILVA      **Data do acidente:** 10/12/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO E NO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dorian Braga Saraiva".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180196711      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUANA RODRIGUES DA SILVA      **Data do acidente:** 10/12/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIANO LEVE (TOMOGRAFIA SEM LESÕES NEUROLÓGICAS). CONTUSÃO DO TORNOZELO DIREITO. ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE COM MOVIMENTOS PRESERVADOS DO TORNOZELO DIREITO. LÚCIDA, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO, SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS E/OU FACIAIS.

**Resultados terapêuticos:** TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA TIPO BOTA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 16/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Fernandes de Souza

**CRM do médico:** 2732

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Bruno Rodrigues da Silva,  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: Estagiário Nº DO RG: 3.184.783  
ÓRGÃO EMISSOR: SEIN - PB DATA DE EMISSÃO: 26 / 04 / 17  
Nº DO CPF: 084.300.624-24 ENDEREÇO: Rua Mendes Alves  
Brasília, nº 72, Funcionários, João Pessoa - PB, CEP 58079-220

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
ÓRGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016  
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO  
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Bruno Rodrigues da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Lider ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 25 de Abril

2018

10

x Bruno Rodrigues da Silva  
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180196711**

Nome do(a) Examinado(a): **LUANA RODRIGUES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R MANOEL ARAUJO TORQUATO, 72 - FUNCIONARIOS - João Pessoa - PB - CEP 58079-220**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3184783**

Data e local do acidente: [ **10/12/2017** ] **VIA PÚBLICA-JOÃO PESSOA-PB**

Data e local do exame: [ **16/05/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMA CRANIANO LEVE (TOMOGRAFIA SEM LESÕES NEUROLÓGICAS). CONTUSÃO DO TORNOZELO DIREITO.  
ESCORIAÇÕES MÚLTIPLAS.**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATADO COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA TIPO BOTA EM MEMBRO INFERIOR  
DIREITO.**

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE COM MOVIMENTOS PRESERVADOS DO TORNOZELO DIREITO. LÚCIDA,  
ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO, SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS E/OU FACIAIS.**

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [    ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[    ] Sim [ **X** ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB