
Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RITA SILVA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180282019

Vitima: RITA SILVA DE SOUZA

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180282019**.

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, 29 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RITA SILVA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180282019

Vitima: RITA SILVA DE SOUZA

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180282019**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **18/10/2017**. 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

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

Rita Silva de Souza

CPF da Vítima

953 806 634-00

Data do Acidente

18-10-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

SINCOR/PB

19 JUN. 2018

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, com a **CONFERIDO COM O ORIGINAL** da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins de que dispõe o 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.

gosPern. 25 de maio de 2018

Local e Data

Rita Silva de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 710/129, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1855094, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente RITA SILVA DE SOUZA idade 46 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 18/10/2017, na Av. Julia Freire, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 07:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

João Pessoa, 03 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

SINCOR/PB

19 JUN. 2018

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rita Silva de Souza,

RG nº 1721635, data de expedição 11/03/08 Órgão SER/PB

CPF nº 953 806 634-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Esperança</u>	
Número	<u>189</u>	
Apto / Complemento	<u>Ap. 101</u>	<u>SINFOR/PB</u>
Bairro	<u>Manaira</u>	
Cidade	<u>João Pessoa</u>	<u>19 JUN. 2018</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>	
CEP	<u>58038 280</u>	
Telefone de Contato	<u>98693 8244</u>	
E-mail		

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/03/2018

Assinatura do Declarante: Rita Silva de Souza



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

035409

h h h h h m m m m m m m m m m m m m

RITA SILVA DE SOUZA
ESPERANCA 189 AP101
MANAIRA
JOAO PESSOA PB
58038-280

CONFERIDO COM O ORIGINAL



501319698742462000000354093012121

SINCOR/PB
19 JUN. 2018



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	RITA SILVA DE SOUZA
------------------	---------------------

DADOS DE NASCIMENTO	27/08/71
---------------------	----------

NOME DA MÃE	MARIA FRANCISCA DAILVA GOMES
-------------	------------------------------

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.035.045
------------------------	-----------

Nº PRONTUÁRIO	104.888
---------------	---------

DATA DO ATENDIMENTO	18/10/17
---------------------	----------

HORA DO ATENDIMENTO	08:03
---------------------	-------

MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
-----------------------	-------------------------

DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE VÉRTEBRA (T12) + FRATURA DE VÉRTEBRA (L2)
-----------------	------------------------------------------------------

CID 10	S 22.0 + S 32.0
--------	-----------------

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazida pelo SAMU, apresentando trauma em região lombar com dor intensa em coluna lombar e ombro E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP

CONFERIDO COM O ORIGINAL

RX da bacia - AP

TC da coluna dorsal

TC da coluna lombo-sacra

SINCOR/PB

19 JUN. 2018

TRATAMENTO:

Fratura de vértebra T12 à TC dorsal. Fratura de vértebra L2 à TC lombar. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da equipe da Neurocirurgia.

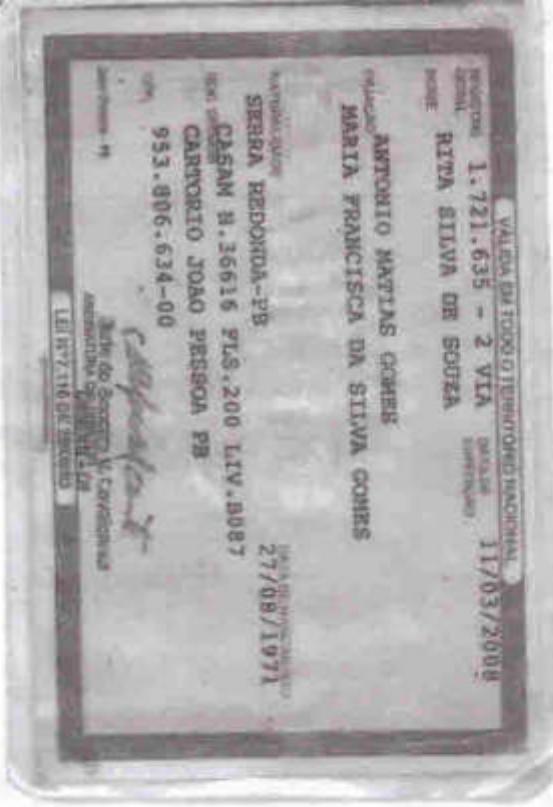
ALTA HOSPITALAR:	21/10/17
------------------	----------

DATA DA EMISSÃO:	14/02/18
------------------	----------

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CRB-PE/PEL
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



SINCOR/PB

19 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS

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

PB N° 013221285794

BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
N.º 0083225889-0

DATA: 2017-000000000000-00-00

VALIDADE: 2017

BENATRAN

JOSE LIRO DE SOUSA GALLINO

NAME

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

88766349400

MNA6727/PB

NOVO

PB

9C2KC08104R082513

PAS / MOTOCICLE/ NÃO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB: 2004

CAP. PONT / CL: 2 P/149 /CI

CATEGORIA: PARTIC

PLACA: VERMELHA

— COTA ÚNICA —
VALOR COTA ÚNICA: 00/00/0000

1º VÍNCULO / PONTAS
2º
3º

— PAGAMENTO / COTAS —
VALOR COTA ÚNICA: 0

OBRAVORES

PRÉSTAMO TOTAL (R\$) / DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO: 28/06/2017

CONTRAN

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHAVE DE CADASTRO: 15849-1746120-20170628

JOAO PESSOA-PB

DATA: 28/06/2017

PLACA: 15849

