

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

Carta nº 13018305



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RITA SILVA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180282019

Vítima: 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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou **19 JUN. 2018**
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em arcar com a 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 previstos no 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.

Geor Penon 25 de março de 2018
Local e Data

Rita Silva de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 58055-900
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/S* Registro: 10171

SAMU 192 JP

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 SSP/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>
Bairro	<u>Kanaima</u>
Cidade	<u>João Pessoa.</u>
Estado	<u>Paraíba-PB</u>
CEP	<u>58038 280</u>
Telefone de Contato	<u>98693 8244</u>
E-mail	

[SINGCOR/PB]
19 JUN. 2018

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



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

CONFERIDO COM O ORIGINAL



5013196987424620000003540930121217

SINCOR/PB
19 JUN. 2018



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
RX da bacia - AP
TC da coluna dorsal
TC da coluna lombo-sacra

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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 ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, 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 CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - PB

Nº 013221285794

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDB REN/PB/RN - 2617000031946 (Especifico)

1 0083225889-0 00/00000000 2017

NOME

JOSE LIRIO DE SOUSA GALDINO

CPL / CNP

88766349400

PLACA

MNA6727/PB

CPL / CNP

NOVO PB

9C2KC08104R082513

CHASSI

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB

2004

ANO MOD

2004

CPL / POT / QIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

C/DN PREDOMINANTE

VERMELHA

CPL / POT / QIL

0

VEIC. COTA ÚNICA

00/00/0000

1º

2º

3º

P

V

A

JOAO PESSOA-PB

36994

DATA

28/06/2017

15849

SEM RESERVA DE DOMINIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

0

OBSERVAÇÕES

SEGUNDO P A G O 21/06/2017



PB Nº 013221285794 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

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

VIA

1 88766349400

Emissão

2017

DATA EMISSÃO

28/06/2017

CPL / CNP

88766349400

PLACA

MNA6727/PB

CPL / CNP

00832258890

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB

2004

Nº CHASSI

9C2KC08104R082513

CPL / POT / QIL

9

PRÊMIO TARIFARIO

CPL / POT / QIL

S

CUSTO DO SEGURO (R\$)

P A G O

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.241.608/0001-04

15849-1746120-20170628

