

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EDVANIA DA LUZ BRAZ**

Nº Sinistro: **3180278491**

Vitima: **EDVANIA DA LUZ BRAZ**

Data do Acidente: **14/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180278491**.

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 12993416



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EDVANIA DA LUZ BRAZ**

Sinistro: **3180278491**
Vítima: **EDVANIA DA LUZ BRAZ**
Data do Acidente: **14/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

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 3180278491** 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.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: 13094127

A/C: EDVANIA DA LUZ BRAZ

Nº Sinistro: 3180278491
Vítima: EDVANIA DA LUZ BRAZ
Data do Acidente: 14/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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: EDVANIA DA LUZ BRAZ

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000025677-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: EDVANIA DA LUZ BRAZ

Sinistro: 3180278491
Vítima: EDVANIA DA LUZ BRAZ
Data do Acidente: 14/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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 3180278491** 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.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, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: EDVANIA DA LUZ BRAZ

Nº Sinistro: 3180278491

Vitima: EDVANIA DA LUZ BRAZ

Data do Acidente: 14/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180278491**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

**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

Sinistro: **3180278491**
Nome do(a) Examinado(a): **EDVANIA DA LUZ BRAZ**
Endereço do(a) Examinado(a): **AVENIDA VEREADOR GENIVAL GUEDES nº 70 - MÁRIO ANDREAZZA - BAYEUX/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1374209 - SSP**
Data e local do acidente: **14/03/2018 BAYEUX/PB**
Data e local do exame: **28/06/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO

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

FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

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

LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO NA ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGIANA.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **2º QUIRODÁCTILO DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

**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

Sinistro: **3180278491**
Nome do(a) Examinado(a): **EDVANIA DA LUZ BRAZ**
Endereço do(a) Examinado(a): **AVENIDA VEREADOR GENIVAL GUEDES nº 70 - MÁRIO ANDREAZZA - BAYEUX/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1374209 - SSP**
Data e local do acidente: **14/03/2018 BAYEUX/PB**
Data e local do exame: **08/08/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO

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

FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA E EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

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

LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO NA ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **2º QUIRODÁCTILO DIREITO.**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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 460.541.944-90	Nome completo da vítima Edmaria da Luz Bez
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edmaria da Luz Bez	CPF titular da conta 460.541.944-90	Profissão Costureira
Endereço Av. Herógenes de Azevedo	Número 40	Complemento
Bairro Município	Cidade Bayeux	CEP 58309-400
Email lobre.pv@ig.com.br	Estado Paraíba	Telefone (DDD) (83) 99100-5607

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.

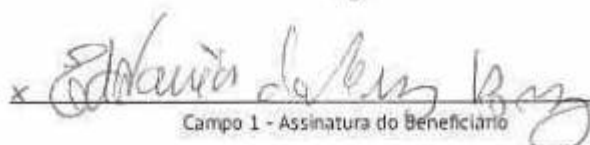
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<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	

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> BANCO (Nome) _____ NRO _____ <input type="checkbox"/> AGÊNCIA (NRO) _____ D/V _____ <input type="checkbox"/> CONTA (NRO) _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bayeux, 09 de Maio de 2018
Local e Data

x 
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01029.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01029.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:27 horas do dia 29 de maio de 2018, 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 **Edvania da Luz Braz**, CPF nº 760.571.944-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Costureira Industrial, filho(a) de Severina da Luz Braz e Antonio Braz Sobrinho, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 20/10/1971 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Redenção, Nº 765, bairro Ilha do Bispo, tendo como ponto de referência Padaria São José, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8659.

Dados do(s) Fatos:

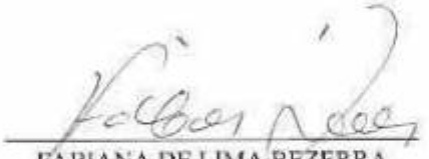
Local: Rua Frei Herculano, Perto do Mercadinho Serve Bem, João Pessoa/PB, bairro Ilha do Bispo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DAFRA/HORIZON 150, PRETA, 2017/2018, PLACA QFZ0265/PB, CHASSI 95VCE1F5HJM000158, registrada em nome da noticiante, quando foi atingida na lateral direita por uma CARRETA NÃO IDENTIFICADA vindo a ser jogada para fora da pista e em decorrência lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0695/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 22.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrida pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 29 de maio de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


EDVANIA DA LUZ BRAZ
Noticiante



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

Edamira da Luz Braga

CPF da Vítima

1760.541.944-90

Data do Acidente

19/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

João Pessoa, 10 de Maio de 2018

x Edamira da Luz Braga

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 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 803/096, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2011347, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **EDVANIA DA LUZ BRAZ** idade 46 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão caminhão x moto) no dia 14/03/2018, na Rua Frei Herculano, Bairro: Ilha do Bispo - João Pessoa - aproximadamente às 16:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 27 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS* Região: 10171

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

COMPREV PREVIDENCIA S/A
16 JUN. 2018
PROTOCOLADO

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: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVANIA DA LUZ BRAZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000025677-7

Nr. da Autenticação 8AA665348F59B566

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é segurado pela conta
Bônus para simples pagamento da conta: 0,50% (na anuidade mínima)

Nº 007 120 369



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 000140 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA DA LUZ BRAZ
RUA VER GENIAL GUEDES 70 QD 18 LT 08
BAYEUX

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/677331-1

REFERÊNCIA

MAI/2018

APRESENTAÇÃO

25/05/2018

CONSUMO

217

VENCIMENTO

04/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 136,43

Acesse: www.energisa.com.br



SEVERINA DA LUZ BRAZ

Rotelro: 15-008-520-3660

83660000001-9 36430054000-2 06773312018-1 05000008019-7

VENCIMENTO

04/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 136,43

MATRÍCULA

677331-2018-05-0



(83) 99841-0088
(83) 99100-5604



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Boleto para simples pagamento da nota fiscal emitida na energia elétrica Nº 005.623.420



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.085.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEONADIO RIBEIRO COUTINHO 201 BL 205
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

25/04/2018

CONSUMO

179

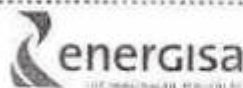
VENCIMENTO

03/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 134,32

Acesse: www.energisa.com.br



CONTABILIDADE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83610000001-4 34320149000-4 10823142018-4 04600006019-7

VENCIMENTO

03/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 134,32

MATRÍCULA

1082314-2018-04-0



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Daniel de Araújo Nogueira Leite inscrito (a) no CPF 021.469.169, 31
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edmaria da Trêz Braga inscrito
(a) no CPF sob o N° 1760.571.949 20 do sinistro de DPVAT cobertura Automóvel da Vítima
Edmaria da Trêz Braga inscrito (a) no CPF sob o N° _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Francisco Uccadio Ribeiro Coutinho</u>		Número	<u>201</u>	Complemento	<u>56208</u>
Bairro	<u>Birra</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>nobu.pereira@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(83)99800-5607</u>	<u>(83)99811-5088</u>		

João Pessoa 19 de Maio de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 0695/2018

Atendendo solicitação de **EDVANIA DA LUZ BRAZ** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº111211 pertencentes a requerente que foi atendida dia 14/03/2018 às 17H26min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro inferior.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 2º quirodáctilo de mão direita. Medicada e imobilizada.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de maio de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 111211 Atd: Nao Regulad
Data: 14/03/2018
Hora: 17:26:56
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDVANIA LUZ BRAZ

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.03.002172

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987088659

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/10/1971 Id: 46 ano(s)

End.: AVENIDA GENIVAL GUEDES MARIO ANDREAZA SN,00

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: SEVERINA DA LUZ BRAZ

Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COSTUREIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: EDVANIA LUZ BRAZ

Tel/Doc. Responsavel: 987088659 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARROXMOTO AS 16:30 CONDUCTOR: ELHA DO BISPO

Vitima de violência por: NAO

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☒ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Rispineia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☒ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Observacao

NEGA DESMAIO SIC

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO
TRASIDA PELO SAMU

Paciente com história de acidente de trânsito
há 1h ± 30 min apresenta edema em dorso da mão
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
D e apresenta ferimento contuso local
Nega perda de consciência; vômitos, ou contu-
ra Glasgow 15.

Diagnostico

Condução

Nega cefaleia
Nega queixas torácicas; não apresenta des-

Prescrição

Horario da medicacao

conforto respiratório
Nega queixas abdominais
Não tem sinais de fraturas em MMII.
Ao exame: EGR; erupções; corada; ansioso

Neg. alergia medicamentosa; patologias prévias e uso regular de medicação.
 Não sabe informar sobre VAT.

conduta = consulta, avaliação +

Sol. Lx da mão D

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo) Sol. Preencher da ortopedia

Tetanusgamma - 1 amp. IM

liberação da cirurgia geral

Ana Virginia L. da Costa
 Cirurgia Geral
 CRM-4417

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos Dose Horário Evolução

ORTOPEDIA:

EVIDENCIADO FRATURA 2.º D.D. DITO 2.º META CARPO MÃO (D), NÃO SE-OO EXPOSTO.

REALIZADO ANTITETANISMO + ASSEPSIA E SUTURA.

IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA.

RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO
 DE SUTURA + ANTI-ALGÉSIA

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

Dr. Yury Coldeiro
 CRM-11111

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-1
 030309022-7
 0401040058(2480)

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
 [] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030106006-1

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Edvania da Luz Braz é portador do CID : S 60 + S 69 apresentando dor crônica, acompanhado de edema em mão direita proveniente de fratura ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

23-07-2018

Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013176667891
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA - 000 RENAVEN - 301 70006216694-3 (RENASC) 1
0112436303-0 00700000000 2017

EDVANIA DA LUZ BRAS

76057194420 CV20265/PB

NOVO - PB 95VCE7F5H7M000158

FAS/MOTOCICLETA/NOVO APIC. 150

DAFRA/HORIZON 150 2017 2018

2.0/150 /C5 PARTIC. PRETA

1PVA PARO 304 00/00/0000 1º

DATA COTA: 25/07/2017

PREMIO TARIFARIO (R\$) 2.000,00

SEM RESERVA DE DOMINIO

DATA DE PAGAMENTO 25/07/2017

DATA DE COTAÇÃO 25/07/2017

DATA 28/07/2017

733768

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE TERRESTRE EQUIPOS DE CARGA APESAR
TRANSF. DOAS QUANDO SEGURO DPVAT

PB Nº 013176667891 BILHETE DE 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

76057194420 CV20265/PB

95VCE7F5H7M000158

DAFRA/HORIZON 150

2.0/150 /C5 PARTIC. PRETA

1PVA PARO 304 00/00/0000 1º

DATA COTA: 25/07/2017

PREMIO TARIFARIO 2.000,00

SEM RESERVA DE DOMINIO

DATA DE PAGAMENTO 25/07/2017

DATA DE COTAÇÃO 25/07/2017

DATA 28/07/2017

733768

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.560/0001-04

733768-1202491-20170728

PROTÓCOLO
18 JUN 2018
COMPROVAÇÃO
DE PAGAMENTO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278491 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVANIA DA LUZ BRAZ **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO NA ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGIANA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 2º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/06/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278491 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVANIA DA LUZ BRAZ **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO DIREITA

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278491 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVANIA DA LUZ BRAZ **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA, E EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.
LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO NA ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA.

Sequelas permanentes: NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/08/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: - TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$ 337,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

- REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes