

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2015

Carta nº: 7818308

A/C: SONALLY ALVES DOS SANTOS

Sinistro: 3150813943
Vitima: SONALLY ALVES DOS SANTOS
Data Acidente: 06/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2015

Carta nº: 7920667

A/C: SONALLY ALVES DOS SANTOS

Sinistro: 3150813943
Vítima: SONALLY ALVES DOS SANTOS
Data Acidente: 06/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2015

Carta nº: 8028481

A/C: SONALLY ALVES DOS SANTOS

Sinistro: 3150813943
Vitima: SONALLY ALVES DOS SANTOS
Data Acidente: 06/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150813943 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **SONALLY ALVES DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SEVERINO JOAQUIM DE OLIVEIRA nº 00 - CENTRO - OLIVEDOS/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3877454 - SSP**
Data local do exame: **07/10/2015 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FERIMENTO CORTO-CONTUSO DE FACE

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FERIMENTO CORTO-CONTUSO COM SUTURA E CURATIVO

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEM SEQUELAS

IV. Segundo o 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 seqüela 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

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%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 07/10/2015

Médico Perito: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI CRM: 6508


Márcio Alberto L. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CIR. DO OMBRO E COTOVELO
CRM-PB 6508 TEOT 11209

Assinatura do perito Examinador - CRM



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO

R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



0001

OCORRÊNCIA Nº 005174/15

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 005174/15 registrada em 13/08/2015, que passo a transcrever na íntegra: Aos treze dias do mês de agosto do ano de 2015, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:58 horas, compareceu o Sr. SONALY ALVES DOS SANTOS, com 20 anos de idade, filho de RIVALDO SEBASTIÃO DOS SANTOS e MARIA LUCIA ALVES DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão ESTUDANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3877454, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01792976437, residindo à rua SEVERINO JOAQUIM DE OLIVEIRA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de OLIVEDOS - PB.

Declarou que:

Informa a declarante, que por volta de 17h00min do dia 06.03.2015, estava trafegando na área central de Olivedos/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, ano/modelo 20112/2012, cor azul, chassi 9C2JC30102R209598, de placa MOF-6035/PB, licenciada em nome de Maria Lucimar Imperiano Rocha, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após passar por um quebra molas, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhada para o hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia. Informa ainda que os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 13 de Agosto de 2015

Sonalý Alves dos Santos

SONALY ALVES DOS SANTOS

Declarante

José Alberto do Nascimento

Escrivão

DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
13/08/2015

16 SET. 2015

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Por meio de Identidade

Eu, Bonally Alves dos Santos, portador da carteira de identidade nº 3877454 e inscrito no CPF/ME sob o nº 017.929.764-37, residente e domiciliado na Rua Severina J. de Oliveira, 51N, Cidade Oliveiras, Estado Paraíba, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter 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 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bonally Alves dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Oliveiras, 18/08/2015

Local e data

16 SET. 2015



GOVERNO
DA PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DCM LUIZ GONZAGA FERNANDES



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023677 CNPJ 08-778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DCM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. JOSEANO PEREIRO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPO GRANDE Estado: PARANÁ UF: 25

PACIENTE QUARTO Nº: 1190923

Nome: SONALY ALVES DOS SANTOS Sexo: FEMININO Idade: 19.6

Profissão: ESTUDANTE 91/82036 Documento: 00801939572085

Endereço: R. JOAQUIM DE OLIVEIRA Bairro: CENTRO

Município: OLIVEIDOS Estado: CEP:

Data Atendimento: 06/03/2015 18:57h Código do Município: 251050

RAÇA/CORTELA, NASCIMENTO: 07/08/1995 QUEIXAS: AC DE MOTO

() 1 - BRANCA () 12 - PRETA () 13 - PARDA
() 14 - AMARELA () 15 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente com trauma por queda de altura, apresentando dor no membro superior direito, com limitação de movimento. Exame físico sem alterações significativas. Diagnóstico: Trauma por queda de altura.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO

Exames realizados: R. X. da mão direita e esquerda, ultra-sons.

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Gesso
2. Analgésico
3. Curativo
4. Curativo
5. Curativo

DIAGNÓSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Base: PAB
Consulta Especializada: 1000 / 3145

PROCEDIMENTO

121

TIPO DE ATENDIMENTO

- () 01 - URGENTE
- () 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
- () 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- () 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
- () 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

RECICLAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- () 0 - PRESENCIAL () OBSERVAÇÃO () RESIDÊNCIA () INTERNAÇÃO
- () 02 - APLICADA () OUTRO HOSPITAL () ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - DO POLEGAR DIREITO

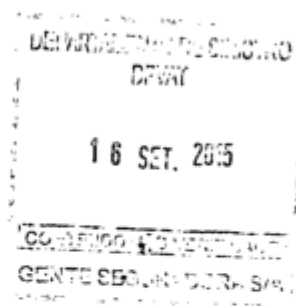
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)



ATC

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que se fizerem necessários, que o Sr.(a) Samelly Wilson dos Santos, portador do CPF: 017.929.764-39 e RG: 3.877.454; foi atendido pelo SAMU 192 de Soledade- PB no dia 06/03/15, vítima de acidente de motocicleta. A equipe plantonista que prestou atendimento: Odemar (Enfermeiro), Maria do Carmo (Téc. enfermagem) e Décio (Bordador).




Georgina Karoline N. Gomes
Coordenadora - SAMU

GEORGIA KAROLINE NEVES GOMES
COORDENADORA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU
RUA HORÁCIO DA COSTA LIMA, S/N.CENTRO.
SOLEDADE-PB



Comprovação de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sonally Aires dos Santos

RG nº 3877454, data de expedição 20/07/10 Órgão SSP/PB

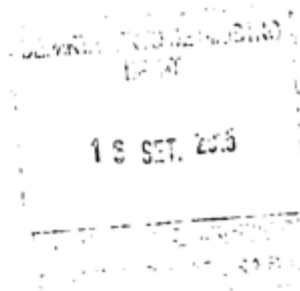
CPF nº 017.929.764-37 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Severino J. de Oliveira</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Olivedos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>53160-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3065.5017 / 9.8769.6065</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olivedos, 18/08/2015

Assinatura do Declarante: X Sonally Aires dos Santos





Rua Feliciano Cirne, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

028354

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME SEU NÚMERO

06808880-9

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO

CLIENTE

MARIA LUCIA A SANTOS

INDICAÇÃO

157.01.191.1341

ENDEREÇO

RUA SEVERINO J DE OLIVEIRA SN

Bairro

Cidade

CEP

CENTRO

OLIVEDOS

58160-000

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO ÁGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

COMERCIAL

INDUSTRIAL

PÚBLICO

LIGADO

POTENCIAL

1

DADOS DO FATURAMENTO

LEITURA ATUAL	1418
LEITURA ANTERIOR	1405
CONSUMO DO MÊS (m³)	13
DATA DA LEITURA	26/01
DIAS DE CONSUMO	31
CONDIÇÃO DA LEITURA	EFETUADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO	REAL
ANORMALIDADE DA LEITURA	
ANORMALIDADE DE CONSUMO	
DATA DA PRÓXIMA LEITURA	

Mês	VALOR - R\$
11/2014	5,41

PARÂMETRO	VALOR MÉDIO DETECTADO	PORTADA SIDA MÍNIMO DA SAÍDA-REFERENCIAL
TURBIDEX	1,44	4,50 UT
PH	7,75	6,5 a 8,5
COR	3	15 UN
CLORO	0,4	Mín.0,2mg/l
COLIFORMES TOTAIS	ABSENTE	(*)

Ignorar, se pago após:

31/01/2015

(*) Sistema que analisa 40 ou mais amostras por mês, ausente em 95% das amostras examinadas

Dados Referentes à 12/2014

ÚLTIMOS CONSUMOS

ANORMALIDADES

DADOS DO HIDRÔMETRO

AGO	11	-00
SET	9	-00
OUT	9	-00
NOV	12	-00
DEZ	4	-00
JAN	15	-00
MÉDIA	10	

Número	A96T236265
Data Instalação	02/03/2004
Marca	TCB
Localização	EXT
Capacidade	3 m³/h

CONSUMO D'ÁGUA

37,34

TOTAL A PAGAR:

***** 37,34

REFERÊNCIA

FEV/2015

28/02/2015

PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DÉBITO AUTOMÁTICO.

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DPVAT

16 SET. 2015

CONTROLE DE QUALIDADE

GENTE SEGURO S/A

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, MARIA LUCIMAR IMPERIANO ROCHA ANIBAL,

RG nº 1.370.313, data de expedição 22/03/88,

Órgão SSPPB, portador do CPF nº 477.432.984-34, com

domicílio na cidade de OLIVEDOS, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DIVONE MARIA OLIVEIRA, nº 120,

complemento - - - -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Sonally Alves dos Santos cujo o condutor era

Sonally Alves dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA - CG 125 TITAN

Ano: 2002 - 2002

Placa: MOF 6035 - PB

Chassi: 982-9C30102R209598

Data do Acidente: 06.03.2015

Local e Data: Zona Rural de Olivedos.

Maria Lucimar Imperiano Rocha Anibal

Assinatura do Declarante

Sonally Alves dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO MARIA JOSÉ COSTA

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

Maria Lucimar Imperiano Rocha Anibal

Dou fé. Olivedos/Paraíba - 14/07/2015

Notário: Claudiana Costa de Albuquerque

Selo Digital: ABU07452-T992

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Claudiana Costa de Albuquerque

CARTÓRIO MARIA JOSÉ COSTA

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

Sonally Alves dos Santos

Dou fé. Olivedos/Paraíba - 15/07/2015

Notário: Claudiana Costa de Albuquerque

Selo Digital: ABU07460-J5Z4

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Claudiana Costa de Albuquerque



0012

Continuação da identidade

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	3.877.454	DATA DE EXPEDIÇÃO	20/07/2010
NOME	SONA, Y ALVES DOS SANTOS		
FILIAÇÃO	RIVALDO SPRASTIÃO DOS SANTOS MARIA LUCIA ALVES DOS SANTOS		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	05/08/1995
DOC ORIGEM	NASC.N.3649 FLS.43 LIV.A 04 CARTÓRIO OLIVEDOS.PB.		
CPF	017.929.704-37		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/03			

16 SET. 2010

SECRETARIA DE SEGURANÇA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIDADE	
ASSINATURA DO TITULAR	
SONA, Y ALVES DOS SANTOS	
	
	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
P 917	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	

DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011575839410
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0078315292-2 00700000000 2014

NOME
MARIA LUCIMAR IMPERIANO ROCHA

47743298434 MOF6035/PB

NOVO PB 9C2JC30102R209598

PAS/MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN KS 2002 2002

2° P/124 /CI PARTE AZUL

IPVA PAGO EM 08/05/2014 1° VENC. / COTAS

***** 0 2° VENC. / COTAS

SEGURO P A G O 08/05/2014

REST. BEN. TRIBUTARIO

OLIVED
346


Rodrigo Augusto de Carvalho Costa
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

13/06/2014
647



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

PB Nº 011575839410 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LUCIMAR IMPERIANO ROCHA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2014 13/06/2014
REINÍCIO DATA CANCELAMENTO

VIA MARIA LUCIMAR IMPERIANO ROCHA

RENAVAM MATRÍCULA / MODELO

47743298434 MOF6035/PB

00783152922 HONDA/CG 125 TITAN K
PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 2002 9 DENATIAN (R\$) 9C2JC30102R209598 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** KOF (R\$) SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/3101-04

www.seguradoralider.com.br
647-1403121-20140613



18 SET. 2014

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150813943

Cidade: Olivedos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SONALLY ALVES DOS SANTOS

Data do acidente: 06/03/2015

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA COLUNA CERVICAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150813943

Cidade: Olivedos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SONALLY ALVES DOS SANTOS

Data do acidente: 06/03/2015

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO-CONTUSO DE FACE

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELAS

Resultados terapêuticos: FERIMENTO CORTO-CONTUSO COM SUTURA E CURATIVO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 07/10/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

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: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

