



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E OCOTOLOGIA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.072018.14978

ELYDINETTE ECLÉSIA FERREIRA DA SILVA

Órgão requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:

Ilmo(a) Senhor(a).

Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva

Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital



Cartório Garibaldi
7º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tamborizinho - João Pessoa - Paraíba
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Autêntico esta fotocópia reprodução fiel da original.
Em test. da verdade. Dou fé
PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto
Selo Digital: AM172263-K208 - (Consulte a autenticidade
em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
João Pessoa-PB 20/08/2018 14:36:35 Operador: WELISSA



16.08.18
ELYDINETTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

IDENTIFICACAO
3272967
DATA DE EXPIRACAO 17 SET 2006

NOME ELYDINETTE ECLÉSIA FERREIRA DA SILVA

PLAC MAMELOE DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 08.11.1989

LOCAL DE NASCIMENTO João Pessoa, PB

CPF 000.000.000-00

ASSINATURA DO DETENTOR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

IDENTIFICACAO
3272967
DATA DE EXPIRACAO 17 SET 2006

NOME ELYDINETTE ECLÉSIA FERREIRA DA SILVA

PLAC MAMELOE DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 08.11.1989

LOCAL DE NASCIMENTO João Pessoa, PB

CPF 000.000.000-00

ASSINATURA DO DETENTOR

Documentos de Identificacao



SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

CPF

Cadastro de Pessoas Fisicas

Número de Inscrição 000.000.000-00

Nome ELYDINETTE ECLÉSIA FERREIRA DA SILVA

Nascimento 08.11.1989



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E OCIDENTOLOGIA LEGAL

Laudo do IML - Lesões corporais

C: 340618 Laudo nº: 03.01.06.072018.14978

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 05/07/2018; Hora do exame: 13h06min.

Órgão Requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital. nº da Solicitação: 106/2018 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: ELYDINETTE ECLÉSIA FERREIRA DA SILVA, 28 anos, sexo: feminino; Raça/cor: parda; filha de: Manoel da Silva e de: Zulmira Ferreira da Silva, Estado civil: Solteira. Nacionalidade: brasileira. Natural de: ignorado. Profissão: ignorado.

HISTÓRICO: Relata a pericianda que no dia 11/01/2018 foi vítima de acidente de motocicleta no bairro de Tambaú. Foi socorrida para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena aonde permaneceu internada durante 33 dias com diagnóstico de fraturas em coluna e clavícula à direita. Atualmente queixa-se de diminuição da sensibilidade nos dois membros inferiores, dor e limite de movimentos da coluna torácica. Está em tratamento fisioterápico e acompanhamento médico ambulatorial.

DESCRIÇÃO: A pericianda apresenta uma cicatriz normotrófica, normocrômica, medindo 23 cm, localizada em coluna torácica; outras cicatrizes normotróficas, normocrômicas, localizadas em região clavicular direita, medindo 9 cm e em face lateral do hemitórax direito (2 cm). Observa-se boa amplitude de movimentos do membro superior direito com limite de movimentos de flexão da coluna lombar; não consegue agachar. Consta Laudo Médico datado de 10/05/2018, emitido pelo Hospital de Emergência e Trauma, CRM 2516, com data de atendimento em 11/01/2018 com diagnósticos de fratura de vértebra torácica (T6- T7), luxação de vértebra torácica (T6- T7) e fratura de clavícula direita. CID S22.0 + S23.1 + S42.0. A tomografia apresenta hemotórax traumático à direita. Foi submetida a tratamento cirúrgico de fratura e luxação de coluna, além de drenagem do hemotórax à direita.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? SIM, DEVIDO A HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODE RESULTAR. RETORNAR APÓS 60 DIAS, PORTANDO ATESTADO MÉDICO DE NEUROCIRURGIA.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, VIDE 3º QUESITO.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? NÃO.

Dra. Silvana Maria Gomes de M. Linhares
Perito Oficial Médico-Legal
Mat: 157.393-4 CRM 4713/PB

Cartório Garibaldi
9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambaúzinho - João Pessoa - Paraíba
F: (83) 3243.0377 - Fnx: (83) 3243.0903

Autentico esta fotocópia reprodução fiel da original.
Em test. da verdade. Dou fé
PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto
Selo Digital: AM172264-C736 - Consulte a autenticidade
em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
João Pessoa-PB 20/08/2018 14:36:36 Operado por ELOI
TABELIA

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Reginaldo Belas de Silva

DATA DO ACIDENTE 05.06.18 POSSUI CPF SIM ☐ NÃO ☒ Nº CPF 084.660.434-54

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recetuais médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes (junto à Receita Federal) ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes (junto à Receita Federal)
- Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)**
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Reginaldo Belas de Silva
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador
 E-mail matte@ymail.com Tel: 084 99921.1934
 Data 05.06.18 Assinatura Reginaldo Belas de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AGF Espaço Cultural
 Atendente Priscila Parreira de Andrade Matrícula 03463864660
 Data: 05.06.2018 Assinatura: Priscila

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 106.2018

Exame Requisitado: Exame de Lesão Corporal Leve/grave

Delegado(a) de Polícia Civil: Alberto Jorge Diniz e Silva

Local: João Pessoa/PB

Data: 05/07/2018

Ref.: BO Nº 01252.01.2018.1.00.420

Outros



Rumo(a). Sr(a).

Dr(a). Fábio Almeida Gomes

Núcleo de Medicina e Odontologia Legal - João Pessoa/NUMOL-JP

João Pessoa/PB

Senhor(a) Gerente,

Requisitamos de Vossa Senhoria as providências para que no prazo legal (art. 160, parágrafo único do CPP, alterado pela Lei 8.862/94) seja procedido o Exame de Lesão Corporal Leve/grave na pessoa abaixo qualificada, devendo responder os quesitos abaixo formulados e remeter o laudo para Delegacia de Polícia Civil - Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital/PB.

Periciando(a):

ELYDINETTE ECLÉSIA FERREIRA DA SILVA, CPF nº 084.660.434-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Supervisora, filho(a) de Zulmira Ferreira da Silva e Manoel da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/11/1989 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Livia Alves Coelho, nº 88, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Girador da Praia do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato: (83) 99821-7934.

Quesitos:

- 1º) Há Ferimento Ou Ofensa Física?
- 2º) Qual o Meio Que Ocasinou?
- 3º) Houve Perigo de Vida?
- 4º) Resultou Debilidade Permanente de Membro, Sentido Ou Função?
- 5º) Resultou Incapacidade Para As Ocupações Habitais Por Mais de Trinta Dias?
- 6º) Provocou Aceleração de Parto?
- 7º) Resultou Perda Ou Inutilização de Membro, Sentido Ou Função?
- 8º) Originou Incapacidade Permanente Para o Trabalho Ou Enfermidade Incurável?
- 9º) Resultou Deformidade Permanente?
- 10º) Provocou Aborto?

Histórico: Que, Segundo a Notificante, No Dia 11/01/2018, por Volta das 08:00 Horas, quando Transitava Pela Rua; Helena Meira de Lima, No Bairro de Tambá, Nesta Capital/pb Com o Veículo, Tipo Motocicleta, Marca e Modelo: Honda Cg/125 Fan Rs, Ano e Modelo: 2014 de Cor Preta, placa: Oxo 5324/pb, Chassi Nº 9c2je411ocrf114, registrado Em Nome do Notificante; que, Segundo a Notificante Transitava Normalmente a Caminho do Trabalho No Sentido Muçumagro/tambá, e Que No Cruzamento Próximo Ao Colégio Motiva Ambiental Um Veículo Tipo Motocicleta Yamaha Xtz de Placa: ogb 4504/pb Que Era Conduzido Aldi Ferreira Mendes da Silva, Não Respeitou a Placa Pare, Acabou Por Colidir No Veículo da Notificante; que Devido Ao Pato Veio a Lesionar-se Conforme Laudo Médico Expedido Pelo Dr. Ewerton Noronha Teixeira, Crm 2516/pb, Datado de 10.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, Para Onde Foi Socorrido(a) Pelo Corpo de Bombeiros; Que Não Deseja Representar Criminalmente; Que No Momento Não Tem Testemunhas a Indicar. cid 10 S22.01s23.1+ts42.0-



Cartório Garibaldi
1º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Procedimento Policial: 01252.01.2018.1.00.420

Autentico esta fotocópia reprodução fiel da original.

Em test. da verdade. Dou fé

PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto

Selo Digital: AHI72265-M59P - Consulte a autenticação em

em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

João Pessoa-PB-20/08/2018 14:36:37, Operador: WELER



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216619/18

Vítima: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 084.660.434-54

Data do Acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio Titular do CPF: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Laudos do IML - Lesões corporais

Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2018

Nome: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA

CPF: 084.660.434-54

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2018

Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

CPF: 083.495.187-82

ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180278459
Vítima: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 11/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180278459, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Msg: 0051100512 - c-19_00 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13023032

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278459 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE VÉRTEBRA DA COLUNA TORÁCICA T6-T7
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(COLUNA TORÁCICA-ARTRODESE / TÓRAX-DRENAGEM/CLAVÍCULA-PARAFUSOS),
CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278459 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE T6-T7 + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA + TRAUMA TORÁCICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO ATUAL DESCREVENDO EVOLUÇÃO ORTOPÉDICA DURANTE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE E SUMÁRIO DE ALTA PELO MÉDICO ASSISTENTE.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM do médico: 52.45228-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278459 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 6ª E 7ª VÉRTEBRA DA COLUNA TORÁCICA
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(COLUNA TORÁCICA-ARTRODESE / TÓRAX-DRENAGEM/CLAVÍCULA-PARAFUSOS),
CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278459 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE VÉRTEBRA TORÁCICA (T6-T7)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FRATURA DE ARCOS COSTAIS EM HEMITÓRAX DIREITO HEMOTÓRAX À DIREITA

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

DÉFICIT MOTOR E SENSITIVO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: HEMOTÓRAX À DIREITA
DÉFICIT FUNCIONAL TOTAL DA COLUNA TÓRACO-LOMBAR E LEVE DO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA-LUXAÇÃO T6T7 COM OSTEOSSÍNTESE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA DRENAGEM TORÁCICA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ALTA MÉDICA. OMBRO DIREITO COM DEFORMIDADE ANATÔMICA E LEVE LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO LIMITAÇÃO TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO SEGMENTO DA COLUNA TÓRACO-LOMBAR SEM DÉFICIT FUNCIONAL DO TÓRAX

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA TOTAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORÁCO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2018

Conduta mantida:

Observações: APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS.

Médico examinador: FELIPE TAVARES SENA

CRM do médico: 5349

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75

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 PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278459 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE VÉRTEBRA TORÁCICA (T6-T7)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FRATURA DE ARCOS COSTAIS EM HEMITÓRAX DIREITO HEMOTÓRAX À DIREITA

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

DÉFICIT MOTOR E SENSITIVO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: HEMOTÓRAX À DIREITA
DÉFICIT FUNCIONAL TOTAL DA COLUNA TÓRACO-LOMBAR E LEVE DO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA-LUXAÇÃO T6T7 COM OSTEOSÍNTESE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA DRENAGEM TORÁCICA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ALTA MÉDICA. OMBRO DIREITO COM DEFORMIDADE ANATÔMICA E LEVE LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO LIMITAÇÃO TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO SEGMENTO DA COLUNA TÓRACO-LOMBAR SEM DÉFICIT FUNCIONAL DO TÓRAX

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA TOTAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORÁCO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/09/2018

Conduta mantida:

Observações: APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS.

Médico examinador: FELIPE TAVARES SENA

CRM do médico: 5349

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75

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

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180278459**

Vitima: **ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **11/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180278459**.

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 12991844



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180278459

Vítima: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180278459**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3180278459

Vítima: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

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 3180278459** 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





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Reginete Boleas Ferreira da Silva
PORTADORA DO RG Nº 3272964 EXPEDIDO POR SSPPB EM 17 / 09 / 04 E
CPF 084660434-54 / CNPJ () _____, PROFISSÃO Administradora
E RENDA MENSAL DE R\$ 3.600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Reginete B.F. da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3488 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 58-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. Boleas 05 de Junho de 2018
LOCAL E DATA

Reginete Boleas Ferreira da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0037 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOVERALDO SANTOS DA SILVA	Posto/Graduação: CB/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Silvino Lopes	Hora: 09:00	Bairro: Tambau
Data/Ocorrência 11/01/2018	Município: João Pessoa	UF PB
Tempo Bom	Condições/Via Seca	
Diário da Semana Quinta-Feira	C/S Vítima (QT) Com (03)	Natureza do Acidente Abaloamento
	Tipo de pavimento Asfalto	

Envolvidos no acidente (Quantidade)

02 veículos

Controle do tráfego no local

Cruzamento de Sentido Único Sinalizado

CONDUTOR 01

Nome Elydinette Ecclesia F. Da Silva	Sexo Feminino	Nascimento 08/11/1989	RG 3272967
Endereço Rua Maria Livia Alves Coelho, 86, Mucumagro, João Pessoa PB - Tel.(083)99821-7934			
1ª Habilitação 29/11/2012	Categoria AB	Registro CNH N.º 05654226482	U.F. PB
	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 07/04/2022	Usava cinto -
			Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Socorrido ao Hospital	

VEÍCULO 01

Marca Honda CG	Espécie Motocicleta	Placa OXO-5324	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Elydinette Ecclesia F. Da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 012896859669	Renavan N.º 01003776962	Data da Emissão 20/11/2017		
Defeitos Nada constatado			Boletim de ocorrência		

VERSÃO DO CONDUTOR 01



O condutor entregou declaração no dia 09/02/2018 onde informou que: Estava a caminho do trabalho no sentido Mucumagro/Tambau, no cruzamento próximo ao Colégio Moliva Ambiental o V2 não respeitou a Placa Pare, acertando em cheio no lado direito do V1.

CONDUTOR 02

Nome Aldi Ferreira Mendes da Silva	Sexo Masculino	Nascimento	RG
Endereço			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
			Ex.méd./Dia
			Data Vencimento
			Usava cinto
			Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Socorrido ao Hospital	

VEÍCULO 02

Marca Yamaha XTZ 125	Espécie Motocicleta	Placa OGB-4504	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Aldi Ferreira Mendes da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º	Renavan N.º	Data da Emissão		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Versão prejudicada pois até a presente data de 27/02/2018 o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/03/2018
Assinatura

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0037 - 2018

VÍTIMA 01

Nome Rosana Oliveira Passos	Sexo Feminino	Nascimento
Endereço		
Ferimentos	Viajava no Veículo Nº V2	Usava Cinto
Condição da Vítima Passageiro	Conduzida Para Hospital	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O sinistro se deu no cruzamento das Vias A e B, sendo a Via A preferencial; C1 foi socorrido para o Trauminha de Mangabeira pela AR 47 do Corpo de Bombeiros com escoriações e forte dor lombar; V1 foi conduzido ao BPTRAN para complemento de BOAT; C2 também foi socorrido ao Trauminha de Mangabeira, bem como a Sra. Rosana Oliveira Passos, que também viajava no V2 como passageira, foram socorridos pela AR- 44 do Corpo de bombeiros com escoriações; V2 foi conduzido ao BPTRAN para complemento de BOAT.

João Pessoa – PB, 27 de Fevereiro de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/03/2018
ASSINATURA

Joeraldo Santos da Silva
JOVERALDO SANTOS DA SILVA CB PM

Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



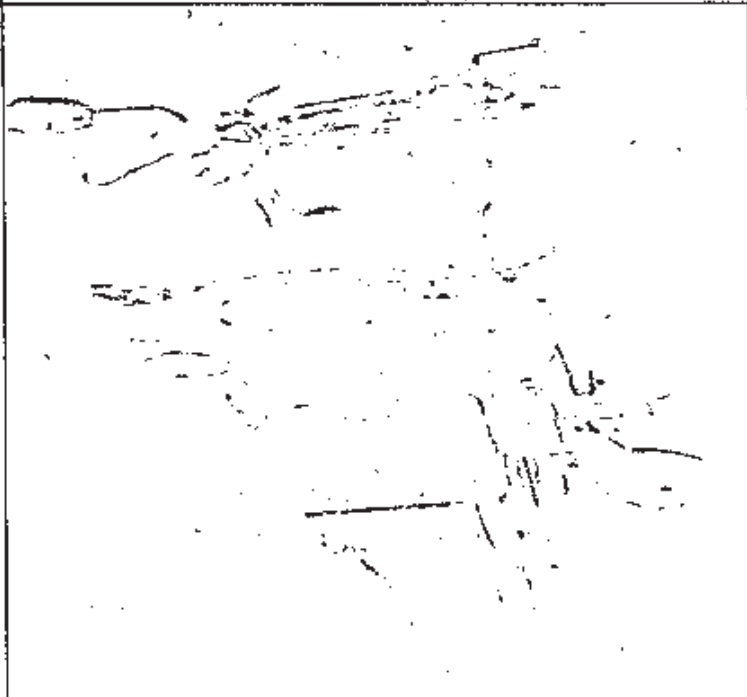
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0037/ 2018

FOTOS DO V1

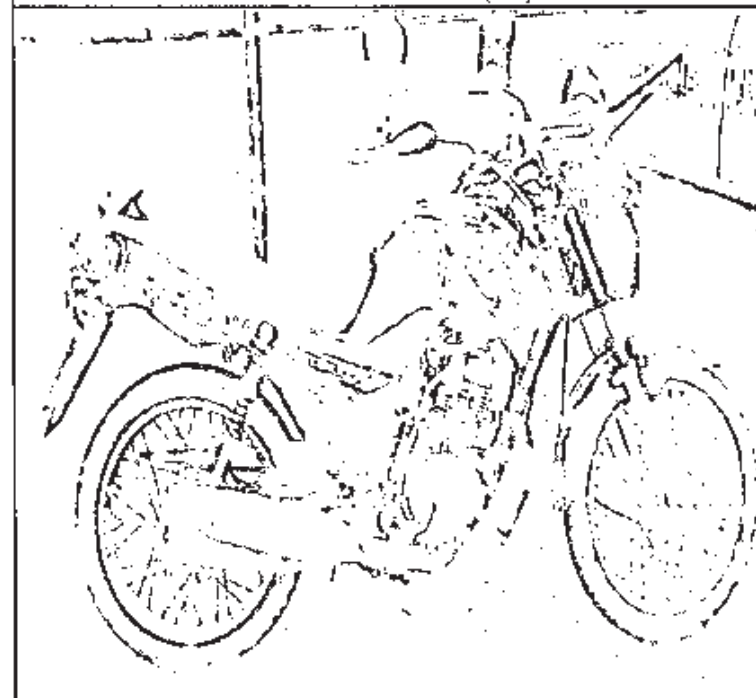
FRENTE (V1)



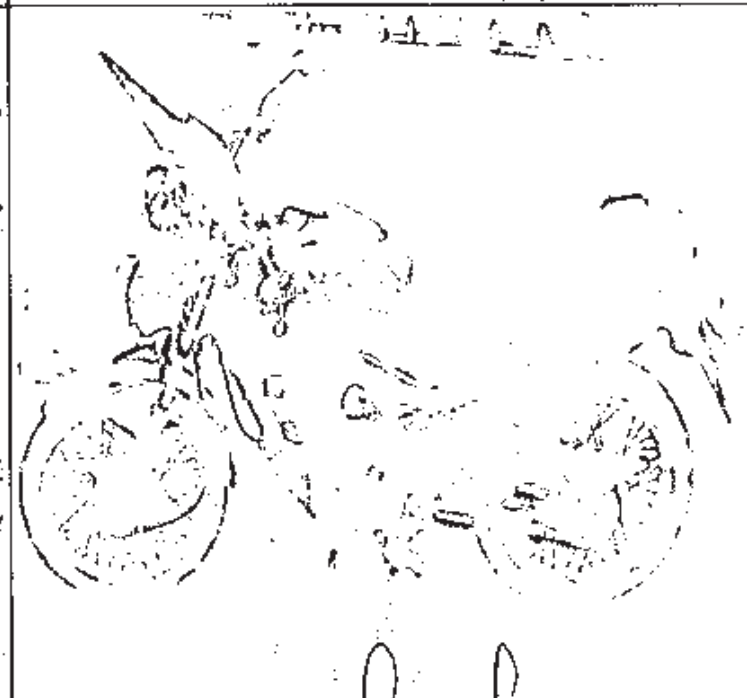
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/03/2018

ASSINATURA

Jovairdo Santos da Silva CB PM
Responsável pelo Levantamento



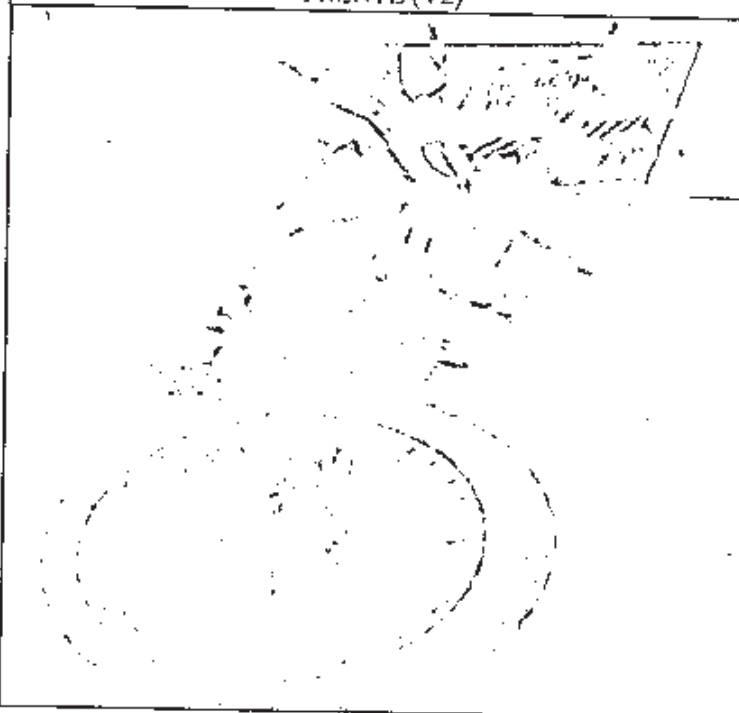
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



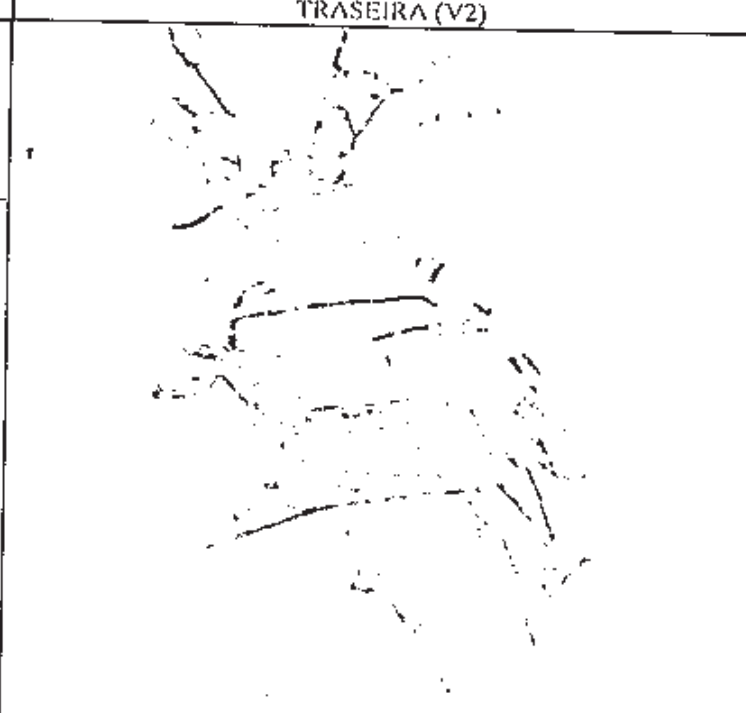
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0037/ 2018

FOTOS DO V2

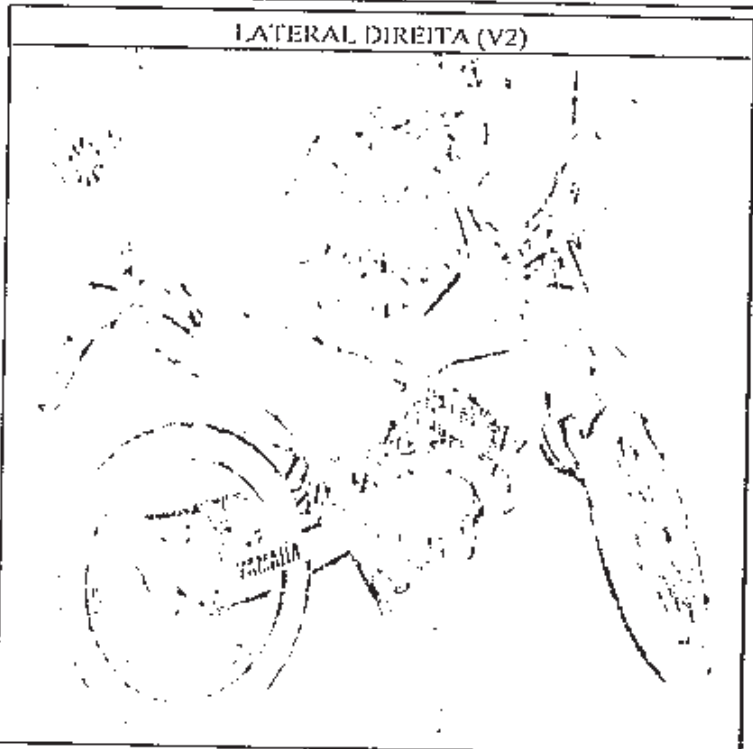
FRENTE (V2)



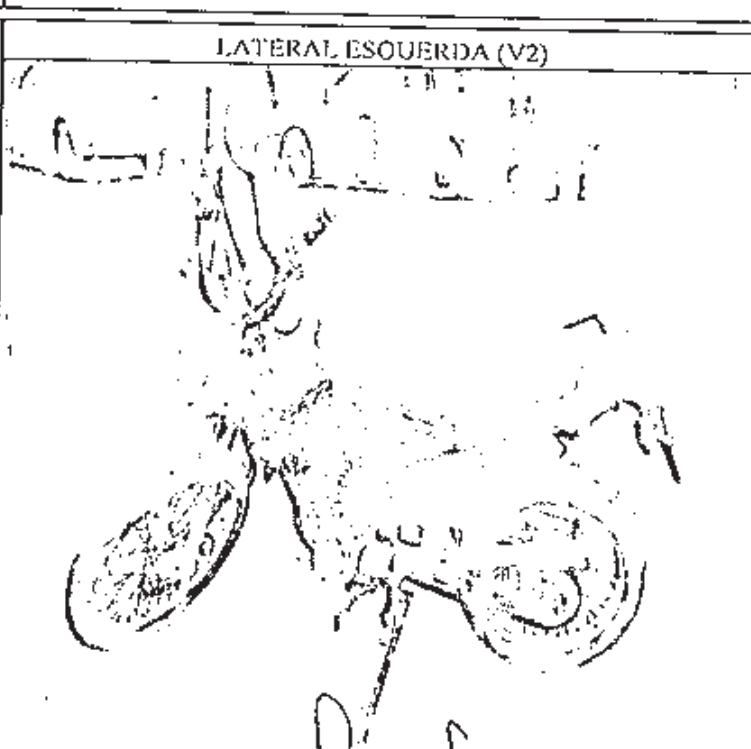
TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/03/2018

ASSINATURA

Joveraldo Santos da Silva CB PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0037 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:

Honda CG

Placa:

OXO-5324

Responsável pelo Preenchimento:

CB Joveraldo

Data:

11/01/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)		x	
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA.

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0

-> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4

-> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4

-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:

Yamaha XTZ

Placa:

OGB-4504

Responsável pelo Preenchimento:

CB Joveraldo

Data:

11/01/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)		x	
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA.

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0

-> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4

-> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4

-> DANO DE GRANDE MONTA

João pessoa-PI, 27 de Fevereiro de 2018.

JOVERALDO SANTOS DA SILVA CB PM

Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM 23/03/2018



Boletim de ocorrência

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01252.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01252.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:30 horas do dia 05 de julho 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 José Saulo Araujo Negreiros. Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Elydinette Eclésia Ferreira da Silva, CPF nº 084.660.434-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Supervisora, filho(a) de Zulmira Ferreira da Silva e Manoel da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/11/1989 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Lívia Alves-Coelho, Nº 88, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Girador da Praia do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99821-7934.

Dados do(s) Fatos:

Local: Helena Meira de Lima, Esquina do Motiva, João Pessoa/PB, bairro Tambaú; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/01/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a notificante, no dia 11/01/2018, por volta das 08:00 horas, quando transitava pela rua; Helena Meira de Lima, no bairro de Tambaú, nesta Capital/PB com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: Honda CG/125 FAN KS, ano e modelo: 2014 de cor preta, placa: OXO 5324/PB, chassi nº 9C2JC4110ER0114, registrado em nome do notificante; QUE, segundo a notificante transitava normalmente a caminho do trabalho no sentido Muçumagro/Tambaú, e que no cruzamento próximo ao colégio motiva Ambiental um veículo tipo motocicleta YAMAHA XTZ de placa: OGB 4504/PB que era conduzido Aldi Ferreira Mendes da Silva, não respeitou a placa PARE, ACABOU POR COLIDIR NO VEÍCULO DA NOTIFICANTE; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 10.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo corpo de bombeiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S22,0+S23.1+S42,0-

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de julho de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

ELYDINETTE ECLÉSIA FERREIRA DA SILVA
Noticiante



Cartório Garibaldi
1º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambaúzinho - João Pessoa - Paraíba
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Autentico esta fotocópia reproduzida fiel da Original.
Em test. da verdade. Dou fé
PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituída
Selo Digital: AHI72261-JW45 - Consulte a autenticidade
em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
João Pessoa-PB 20/08/2018 14:36:16 Operador:

Procedimento Policial: 01252.01.2018.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência do IML



Eu, Algodinete Belénia Ferreira da Silva, portador da carteira de identidade nº 3272967 e inscrito no CPF/MF sob o nº 084.660.434-54, residente e domiciliado na rua Maria Lúcia Alves Avelar - 88, Cidade João Pessoa, 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 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Algodinete Belénia Ferreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa: 05 de junho de 2018

Local e data

Comprovação de ato declaratório



VISTO EM: 23 / 01 / 18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM- 521.280 4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 25 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 042/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 11/01/2018, conforme requerimento nº 043/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 08h42min o/a Sr.(a) **ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA**, CPF Nº 084.660.434-54, vítima de acidente de colisão (moto x moto), ocorrido na Rua Helena Meira de Lima, Tambaú - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47, tendo como chefe o **SARGENTO BM JAIME DOS SANTOS FERREIRA**, Matrícula 514.900-2. Vítima consciente e orientada, com dores no tórax, abdômen, região lombar e membro superior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**, CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JHARNESON DIEGO A. DE SOUSA
TEN. CEL. QOBM- 521.280 4
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3210-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br

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: 27/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.218,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELYDINETTE ECLESIA FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03488

CONTA: 000000000058-7

Nr. da Autenticação 47ABC9C1895CAAC9



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elvynette Belaria Ferreira da SilvaRG nº 3272967, data de expedição 17/09/04 Órgão SSPPB

CPF nº 084.660.434-54 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 Lúcio Alves Coelho</u>
Número	<u>88</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Mugumagá</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58066-222</u>
Telefone de Contato	<u>83-99821-7934</u>
E-mail	<u>nettyfelix@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa: 05 de Junho 2018Assinatura do Declarante: Elvynette Belaria Ferreira da Silva



EMPRESA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 25 - Rua Francisco José Pinheiro PB - CEP 5807-1-600
 CEP 5807-095 183/0001-40 Fone 16 615 823-0
 *Ata Fiscal Cartão de Energia Elétrica Nº 025 675 472
 Cód. cont. 016 Autenticação 00014754170

UC (Unidade Consumidora): 5/1475417-0

Declaração de Confissão Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.307 de 22 de julho de 2008,
informamos à Confissão dos débitos referentes aos tribu-
tamentos relativos de energia elétrica em desta Unidade
considerando vencidos no ano de 2017 e três anos an-
teriores. Esta declaração substitui, para o cumprimento
do cumprimento das obrigações do consumidor, as ori-
ginais dos extratos dos membros dos débitos no an-
o a que se refere, e é de inteira responsabilidade.
Vai em 01 (uma) via original e 02 (duas) cópias imp-
rimidas para a Confissão e 02 (duas) para o órgão de fisco.

ATENÇÃO Faturas em atraso

ATENÇÃO

Notaries are always