

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2017

Carta nº: 11199698

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170338301 ASL-0229897/17
Vítima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS
Data Acidente: 29/11/2016
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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2017

Carta nº: 11266944

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Sinistro: 3170338301 ASL-0229897/17
Vítima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS
Data Acidente: 29/11/2016
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.seguradoralider.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 Julho de 2017

Carta nº: 11338736

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Sinistro: 3170338301 ASL-0229897/17
Vítima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS
Data Acidente: 29/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: **ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000002849-5**

Conta: **0000042640-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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.

FL. ELIZANDRA DOS SANTOS MATIASPORTADOR(A) DO RG Nº 4.343.249 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 14 / 01 / 2013CPF 404046424-11 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS, 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 POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 e o 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.

SINCOR/PB

14 JUN 2017

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2849-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 42640-7

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

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

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.

JOÃO PESSOA 22 de MAIO de 2017

LOCAL E DATA

Elizandra dos Santos Matias

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

25/05/15

TERM 00001781 AGENTE 700834 AUTE 60153
COBAN:52933 LOJA:0001 PDV:001781
14/06/2017 BANCO DO BRASIL 09:48:51
001193301 CORRESPONDENTE BANCARIO 0083
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: ELIZANDRA D SANTOS MATIAS
AGENCIA: 2849-5 CONTA: 42.640-7

=====

DATA	14/06/2017
NR. DOCUMENTO	115.293.300.083
VALOR DINHEIRO	
VALOR TOTAL	

=====

NR.AUTENTICACAO 7.E36.4E6.158.414.B01

VIA DO CLIENTE

PAG FACIL

SINCOR/PB

14 JUN. 2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04183.01.2017.1.02.009

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04183.01.2017.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:30 horas do dia 04 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Lídia Costa Veloso, matrícula 1560760, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu Severino Antônio dos Santos, CPF nº 207.438.744-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Berardina da Conceição e Não Declarado, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 23/04/1952 (65 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Hermerson C. Bernardo, Nº 45, tendo como ponto de referência Próximo a Capelinha de Nossa Senhora da Luz, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98814-5881.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Fábrica da Penalty, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/11/16 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 29/11/16, por volta das 20:00h, quando conduzia a motocicleta de marca I/WUYANG WY48Q-2, cor branca, ano 2013/2014, de placa OEU-7371/PB, chassi nº LWYMCA200E6010149, de sua propriedade, pela via paralela a Avenida Liberdade, próximo a fábrica da Penalty, no centro da cidade de Bayeux/PB, foi surpreendido por outra motocicleta de placa não identificada, a qual saindo de uma via transversal, atingiu o pé esquerdo de sua neta de nome ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS, brasileira, natural de Bayeux/PB, solteira, estudante, RG. 4.141.249-SSP/PB, que se encontrava como carona na citada motocicleta, tendo esta (ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS) sofrido fratura do tornozelo esquerdo, sendo conduzida ao Complexo Hospitalar de Mangabeira por terceiros, e que se submeteu a procedimentos médicos; QUE, acrescenta o notificante que este veio a sofrer lesões de natureza leve no braço esquerdo.

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

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-8

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

João Pessoa/PB, 04 de maio de 2017.

Severino Antônio dos Santos
SEVERINO ANTÔNIO DOS SANTOS
Noticiante

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS,
portador da carteira de identidade nº 4.141.249-SS8/PB e inscrito no
CPF nº 704.046.424-11, residente e domiciliado na
RUA HERMERSON R. BERNARDO, 45 - LARGO SÃO VICENTE - IMACULADA
_____, Cidade BAYeux,

Estado PARAIBA, 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. **SINCOR/PB** 01 JUN. 2017

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.

x Elizandra dos Santos Matias
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOAO RESSOA, 22 DE MAIO DE 2017
Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ELIZANDRA DOS SANTOS NATIAS,
portador da carteira de identidade nº 4.142.249 - SSP/PB e inscrito no
CPF nº 704.046.424-33, residente e domiciliado na
RUA HERMERSON E. BERNARDO, 45 LARGO SÃO VICENTE -
IMACULADA, Cidade BAYEUX,

Estado PARAIBA, 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.

SINCOR/PB
28 JUN. 2017

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.

X Elizandra dos Santos Natias
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 28/06/17
Local e data



CERTIDÃO

Nº. 0378/2017

Atendendo solicitação de **ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N°909360 e Prontuário N° 2016.11.002838 pertencente ao mesmo que foi atendida dia 29/11/2016 às 21h20min, vítima de queda de moto, relata dor em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizou cirurgia dia 05/12/16 e alta médica dia 07/12/16.

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

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

João Pessoa, 20 de Março de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PE 3883

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: 14/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02849-5

CONTA: 000000042640-7

Nr. da Autenticação CDCB195F97B6CF21



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS,

RG nº 4.141.249, data de expedição 14/04/2013,
Órgão SSP/PB, CPF nº 704.046.424-11, 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 HERMERSON C. BERNARDO</u>
Número	<u>45</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>LARGO SÃO VICENTE IMACULADA</u>
Cidade	<u>BAYEUX</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.309-010</u>
Telefone de contato	<u>(83) 99302.2838</u>
E-mail	

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA / PA, 22/05/2017.

X Elizandra dos Santos Matias

Assinatura do Declarante

VALDETE SOARES DOS SANTOS
 RUA HERMERSOM C. BERNARDO, 43 - SAO VICENTE
 BAYEUX / PB CEP: 58507240 (AG: 1)

Classe/Sujeito: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 220V, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
 Roteiro: 13 E - 872 - 3740 Referência: Ms / 2017
 Nº medidor: 006062 / 2 / 18 Emissão: 22/05/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Insc Est: 16015623-0

Nota Fiscal Contador Energia Elétrica Nº 0000965720
 Cód. de controle da unidade: 00004116724

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/416672-4**

Mai / 2017

Canal de contato

Apresentação

22/05/2017

Data prevista da próxima leitura

22/08/2017

CPF / CNPJ / RANI

9931198-03

Insc. Est:

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura	Data Leitura			
20/04/17	22/05/17	1	207	32

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 20kWh-BR	20	0,14208	4,28
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,24357	17,04
Consumo - 101 a 220kWh-BR	107	0,36536	39,08
Adic. R Vermelha			4,05
Subsídio			26,97
ICMS			37,77
PIS			1,50
COPING			0,81

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA
 JUROS DE MORA 04/2017
 MULTA 04/2017
 Devolução Subsídio

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	187
Mai/17	242
Jun/17	190
Jul/17	188
Dez/18	173
Nov/18	181
Out/18	199
Set/18	183
Ago/18	188
Jul/18	166
Jun/18	169
Mai/18	153

Média dos Últimos Meses

182

INSTRUMENTO DE REGISTRO

35c3.d018.1f3f.6677.f14f.403b.def9.2842.

Indicadores de Qualidade 9/2017 - Santa Rita

	Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
DIGITAL	5,67	1,41	
DIGITAL	11,34		
DIGITAL	22,68		
DIGITAL	3,45	1,30	
DIGITAL	6,91		
DIGITAL	13,82		
DIGITAL	3,23	1,41	
DIGITAL	12,22		

NOMINAL 720
 CONTRATADA 202
 LIMITE SUPERIOR 231

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energética	23,33	19,11
Contribuição de Energia	31,49	25,79
Serviços de Transmissão	1,81	1,31
Energia Sinalizada	0,42	0,30
Impostos Diretos e Encargos	51,25	40,38
Custos Sinalizados	0,00	0,00
Total	122,09	100,00

Valor do EUSD/R\$ 1/2017 / R\$ 35,25

ATENÇÃO

- Sua unidade foi lida com sucesso, tendo um desconto de R\$ 28,87

SINCOR/PB
 1997 JUN. 2017

LOGRADOURO	BAIRRO	CEP
Largo São Vicente	Imaculada, Bayeux, PB	58309-010

SINCOR/PB

14 JUN. 2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO ANTONIO DOS SANTOS,

RG nº 564.040, data de expedição 15/05/2015 Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 207.438.744-04, com Domicílio na
cidade de BAYEUX, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA HERMERSON C. BERNARDO - SÃO VICENTE
nº 45, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS,
cujo o condutor era SEVERINO ANTONIO DOS SANTOS.

Veículo: PAS/CICLOMOTO/NÃO APLIC

Ano: 2013/2014

Modelo: I/WUYANG WY480-2

Placa: OEU7373/PA

Chassi: LWYMCA200E60J0149

Data do acidente: 29/11/2016

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

Local e data: BAYEUX, 20 DE FEVEREIRO 2017

CARTÓRIO
SANTO ANTONIO

Severino Antonio dos Santos

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



Santiago Pereira
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO

Av. Liberdade, 3435 - Bayeux,
Pernambuco - CEP: 55405-060
Fone: (081) 3232-1786

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

SEVERINO ANTONIO DOS SANTOS

Em testada verdade, - PB 20/02/2017 14:20:42

Maely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituta

(2017-001785) EOL:R# 19.23 FASPEN:PB 0.27 FEP:R# 1.95

SELO DIGITAL: AC908349-TF1X

Confira a autenticidade em <https://seledigital.org.br>



ATO

DE JOAQUIM FESSOA

MANGABETRA

2 COSTA DUARTE, S/N

FESSOA Fone: (83) 3214-1990

3214-1991 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 909360

Atd: Nao Requi'a

Data: 29/11/2016

Hora: 21:20:31

Recepcionista: IVANKA MARTINS DO NAS

Clinica: ~~Tratamento~~ Traumatologia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

CNS: 201480096400002 Sexo: F IDENTIDADE: 4141249 Fone: 989234050

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 25/05/1995 Id: 21 ano(s)

End.: RUA-GUSTAVO MARCIEU MONTEIRO, 1514

Bairro: SAO VICENTE Cidade: BAYEUX UF: PB

Pai: JOSAFIA MATIAS DOS SANTOS

Mae: MARIA EDNALVA SANTOS DA SILVA

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A MAE

Tela Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE UMA QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Glândula:

IMC:

Circ. Abd:

C2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observacao

Trauma pé esquerdo

Não é alérgica

Historia - Exame Físico - (hora de atendimento médico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Romão Soares de Castro
033.002633 / CRM/PB 2835
CPF: 181.833.594-68

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

T.A. 7.4 B.T. 1.000
 Icteria / amarel
 A Bate com ponto dorsal
 Ponto de cura para a pele
 e a pele

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

02/07/16 40mg de ampicil AD 60
 SA T. SPOUT 12i

Dr. [Assinatura]
 [Carimbo]
 [Data]
 [Local]

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ordem	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao
 Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Elizabeth da Silva Costa</u>		Data da Admissão: <u>25/06/17</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1/</u>	
OPD: <u>Transtorno de Ansiedade Generalizada</u>			
HDA: <u>Transtorno de Ansiedade Generalizada</u> <u>com sintomas de pânico e ataques de pânico</u> <u>Transtorno de Ansiedade Generalizada</u> <u>[Transtorno de Ansiedade Generalizada]</u>			
SINCOR/PB			
Medicações em uso: _____		11 JUN. 2017	
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____ ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>E. G. ...</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>05/11/16</i>	Cirurgião: <i>D. ...</i>			1º Assistente: <i>E. ...</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesiista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Federação de ...</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Proton ...</i>				SINCOR/PB	
				14 JUN 2017	
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim 2 () Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente de decúbito dorsal
- 2) Asséptico + lavagem pro e li por...

Incisão:

- 3) 2x2cm circulares a 1cm

Achados:

Fixação na parede da parede...

Conduta:

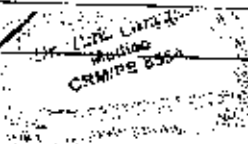
- 4) Retirada do pte e de todo o...

Fechamento:

OBS:

Data:

[Handwritten signature]



MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Elizabete dos Santos Nunes</u>		Nº DO LUGAR: <u>25</u>	
IDADE: <u>21 A</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>B</u>	CLÍNICA: <u>020</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>29/11/16</u>		DATA DE ALTA: <u>07/12/16</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Sin. tur. Dengelo</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>9 dias</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Sin. tur. Dengelo</u>		CID: <u></u>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: <u></u>		SINCOR/PB	
PRINCIPAIS EXAMES: <u>O exame de laboratório</u>		11 JUN. 2017	
PROCESSAMENTO REALIZADO: <u>em 10 dias</u>			
TERAPIA FARMACOLÓGICA: <u></u>			
ANATOMIA PATOLÓGICA: <u></u>			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO: <u></u>			
CONDIÇÃO DE ALTA: ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES
<u>Doença respiratória com febre, tosse e dor no peito.</u>	
<u>Tratado com antibiótico e analgésico.</u>	
<u>Evolution: melhora progressiva.</u>	
<u>Alta com medicação para casa.</u>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO: Relativo em casa por <u>10</u> dias.	
Retorno às atividades sem esforço físico em <u>10</u> dias.	
Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>10</u> dias e com esforço maior em <u>10</u> dias.	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se houver febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u></u>	
RETORNO	Ao posto de atendimento <u>Ambulatório</u> para retirada de pontos <u>em 10 dias</u>
	Ao Ambulatório do <u></u> em 30 dias para revisão.

DATA: <u>06/12/16</u>	ASS. MÉDICO / CRM: <u></u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



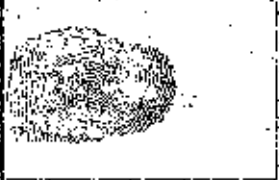
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL - 038

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Elizandra dos Santos Matias

PARTE DA IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.181.249

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/2013

LOCAL ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

FILIAL JOSAFÁ MATIAS DOS SANTOS

MARIA BUNALVA SANTOS DA SILVA

NATURALIDADE BAYEUX-PB

DATA DE NASCIMENTO 25/05/1995

BOCÓNTO

NASC N.5003 FLE 51 LIV. A06

CARTÓRIO 2º BAYEUX-PB

704-046.424-11

LEI Nº 7.116 DE 28/06/03

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES



DETRAN - PB Nº 013136437240
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM DE 1001100029201 EXERCÍCIO
1 01075257295 2017

SEVERINO DE SANTO ROSE SANTOS

20743874404

CEU7371/PB

NOVO

0016010149

PAS/CICLOMOTORADO APICIA

GASOLINA

1/UYANG BY480-2

2013

2014

2 1/49 /IT

PARTIC

BRANCA

2 1/49 /IT

PARTIC

BRANCA

1 PVA ISENTA

00/00/0000

1º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

2º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

3º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

4º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

5º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

6º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

7º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

8º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

9º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

10º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

11º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

12º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

13º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

14º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

15º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

16º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

17º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

18º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

19º

1 PVA ISENTA

00/00/0000

20º

PB Nº 013136437240 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradora Lider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 08/02/2017

VIA 1 20743874404 PLACA
CEU7371/PB

RENAVAM 01075257295 MARCA/MODELO
1/UYANG BY480-2

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014
COR PREDOMINANTE BRANCA

NO CHASSI LUYMCA200E6010149

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 31/01/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SINCUR/PP

14 JUN. 2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170338301 **Cidade:** joao pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS **Data do acidente:** 29/11/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL
TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/TORNOZELO ESQUERDO:50% DE 25%= 12,5%

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS** Sinistro: **3170338301** Data: **29/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **r hermerson c bernardo, 45 - L sao vicente Imaculada - Bayeux - PB - CEP 58309-010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **4141249**

Data local do exame: [**12/07/2017**] **João Pessoa** [**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)
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO. . AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM CICATRIZ HIPERCROMICA E HIPERTRÓFICA MEDINDO 05 CM EM FORMA DE "L" NA FACE INTERNA DA REGIÃO MALEOLAR INTERNA DO TORNOZELO ESQUERDO, LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE AÇO E PARAFUSO ESPONJOSO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(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.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (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):

Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2017

Carta nº: 11198182

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170338301 ASL-0229897/17

Vitima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Data Acidente: 29/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

