



Número: **0801755-82.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **14/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA (AUTOR)		LARISSA MARIA LACERDA SANTANA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36893523	20/11/2020 09:49	2766125_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10547583

A/C: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170097850 ASL-0063833/17

Vítima: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Data Acidente: 01/11/2016

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.dpvatsegurodotransito.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.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 SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01263/01264 - carta_01



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10564248

A/C: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Sinistro: 3170097850 ASL-0063833/17
Vítima: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA
Data Acidente: 01/11/2016
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

Pag. 01369/01370 - carta_04



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -



Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINISTRO

DOCUMENTO 1 "TYP"

to.com.br ou
022 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusiva com dados de terceiros, ainda que esses sejam segurados. O preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Suellem dos Santos da Rocha

PORTADOR/A DO RG No.: 2908697 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 23/07/2017 E

CPF 0161611284747-08 ICNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE** (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

No. BANCO No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-ENCIA, SE EXISTIR).
No. DE CONTA CORRENTE

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA

☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 1914 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 00112958-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SEGURADORA LÍDER DPVAT 10 6/02/2017 11:57 - 00000021816

ATENÇÃO

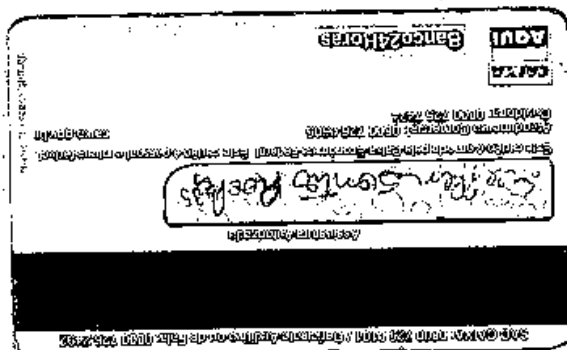
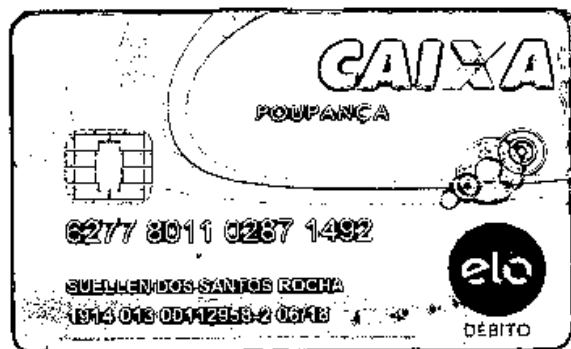
- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL

DATA 30/01/2017

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Suellem dos Santos da Rocha





SEGURADORA TIDEX DPVAT 10 & 06/02/2017 11:58 - 0000021821



DOCUMENTO 1 *T196*

DELEGACIA

1ª Superintendê

5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil

14ª Delegacia Distrital de Santa Rita



CIVIL
PARAIBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00114.01.2017.1.05.014

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00114.01.2017.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:39 horas do dia 27 de janeiro de 2017, na cidade de Santa Rita, no Estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Maria Rodrigues Pereira de Vasconcelos, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Suellen dos Santos da Rocha**, RG nº 2908697 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Comerciante, filho(a) de Maria dos Santos da Rocha e Djalma Dantas da Rocha, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/10/1982 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Caiçara, Nº 26, bairro Tibiri III, tendo como ponto de referência Próximo a Escola Jose Mariano, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98628-2618.

Dados do(s) Fatos:

Local: R. Caiçara, nº 26, Próximo a Escola Jose Mariano, Santa Rita/PB, bairro Tibiri III; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/11/16 09:20h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava conduzindo a motocicleta Shineray/50Q, DE PLACA OEY-0711/PB, de cor preta, Chassi99HJT2050GS000803, de sua propriedade, nas proximidades da Casa Lotérica de Tibiri, que ao ultrapassar um veículo bateu na lateral do veículo de placa NOL-0101/PB, que a-noticiante foi arremessada por uns dez metros, que foi socorrida pelo proprietário do veículo ALAN MONTE SANTOS, e encaminhada para a UPA desta Cidade. Conforme Laudo Médico em anexo.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

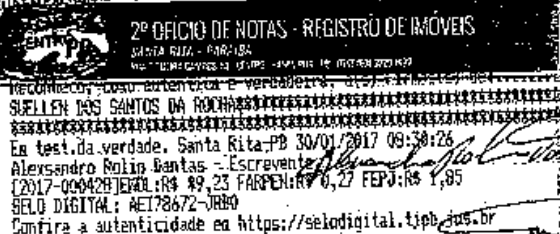
Santa Rita/PB, 27 de janeiro de 2017.

KATIA REIANE MARINHO ORIENTE

Agente de Investigação

SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Noticiante

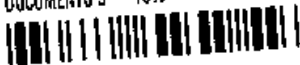


Alexandre Polim Dantas
Furcante Autorizado

Procedimento Policial: 00114.01.2017.1.05.014

1/1





Eu, Suelen dos Santos da Rocha, portador da carteira de identidade nº 2908697 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.128.444-18, residente e domiciliado na Rua: Esclara Nº 26 TIBIRITÍ, Cidade Santa Rita, Estado PB, 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.

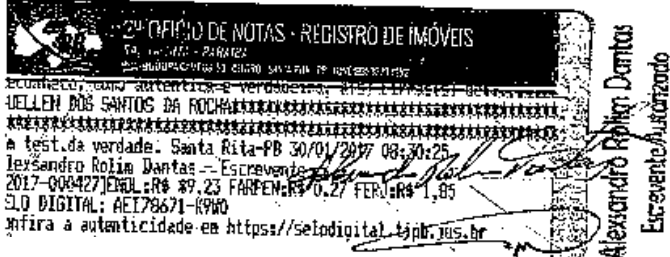


Suelen dos Santos da Rocha

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

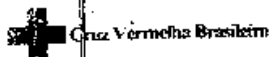
30 de Janeiro

Local e data



SEGURADORA LIDER DPVAT 10/06/2017 11:37 - 0080002182





ACOLHIMENTO, sr - CNES: 123311

DOCUMENTO 2 *T20*

Boletim de Atendimento: 91



SEGURADOR: LIDER OPUAT 10 8 06/02/2017 11:58 - 00000021826

Identificação do paciente			
ID 1100474	Nome SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Data de nascimento 21/10/1982	Idade 34 anos 11 dias	Pai DJALMA DANTAS DA ROCHA	Sexo Feminino
Mãe MARISE DOS SANTOS DA ROCHA	Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) MARISE DOS SANTOS DA ROCHA - MAE	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987562156	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2906687	Nº Cns	
Local de procedência LIPA SANTA RITA	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email		CBO/R	
Endereço			
CEP 58302240	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro CAIÇARA
Número 25	Complemento	Bairro MUNICIPIOS	
Admissão			
Quais e Hora 01/11/2016 10:13:50	Número da pulseira 1000059849185	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Classificação de risco	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Caráter de atendimento URGENCIA			
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Pleno de saúde Não	Via de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou AMBULANCIA		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO			
Tempo 04min 31seg			

Imprimir

02/11

01/11/2016 10:16



01/11/16 - Osteopatia

Paciente com história de acidente de moto, referindo dor em joelho direito.

C/O nome: Lelennos ferimentos
Orto contusos em joelho direito
(pele ressecada, com a ulcera
geral). ADM e mesonismo
interior preservados.

Radiografias sem alterações
Conduta: Cella da Osteopatia
Orientações

Jéssyca Emilia F. Rabêlo
Médica
CRM 10045/PG



DOCUMENTO 2 *T276*



SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA
RUA CAÇAPÁ, 26 - TIETI
SANTA RITA / PB CEP: 58302-900 (AG 1)

Classificação: Full ID/ENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Número: 12-B-842-7880
JP medidor: 00001341238

Referência: Jan/2017
Emissão: 18/01/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BZ 200, Km 25 - Cópia Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 18/015-823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica nº 000 823 108
Código para Dúvidas Atendimento: 00001849198

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/154919-5

Canal de contato

Jan/2017

Apresentação

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE autorizada pela Lei nº 10.438, de 29 de abril de 2002.

19/01/2017

Data prevista da próxima fatura

18/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

8812944818

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	89
Nov/16	108
Out/16	81
Set/16	89
Ago/16	89
Jul/16	102
Jun/16	102
Maio/16	108
Abr/16	48
Mar/16	117
Fev/16	132
Jan/16	112

Até as últimas meses
89

RESEGURO - ACE / ASSURANT

76e4.4f92.9cb9.89f7.c373.b400.82cf.a5ec

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OC MENSAL	5,78	0,00
OC TRIMESTRAL	11,56	0,00
OC ANUAL	23,12	0,00
FIQ MENSAL	9,55	0,00
FIQ TRIMESTRAL	21,10	0,00
FIQ ANUAL	42,20	0,00
DMSC	3,37	0,00
DMR	13,22	0,00

Descrição	Valor (R\$)	%
Energia de Origem Energisa PB	11,22	17,49
Consumo de Energia	13,17	20,45
Energia de Transmissão	0,77	1,20
Energia de Distribuição	4,42	6,85
Impostos Diretos e Encargos	25,76	40,00
Outros Serviços	5,52	8,52
Total	64,41	100,00

Valor de R\$ 0,00 (R\$ 11/2016) R\$ 12,54

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 72,78.
- Letra confirmada.
- Contrato Serviço: BEM SEGURO - ACE / ASSURANT - 0800 104 0044.
- O cancelamento da cobrança do empréstimo e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

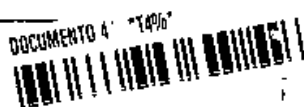
- SEGURADORA LIDER DEPUT 10 & 06/02/2017 11:58 - 0000001820





DECLARAÇÃO

Atendimento



Declaramos para os devidos fins que o(a) Senhor(a) SUELEN GUBROS DA ROCHA, portador do RG nº VERDE, está em atendimento no Hospital de Trauma no setor VERDE. Horário de entrada às 10 : 13 horas.

HORA DA SAÍDA: 15:00

Assinatura do(a) Assistente Social
CRESS - 582

Assinatura da Pessoa, 01 de 11 de 16

Assistente Social

SEGURADORA: T. DER. DI. 10.6.06/02/2017 11:58 - 00000021028

F(NG).APCSOC.027-1





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000115099

Idade: 34 anos

Paciente: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Data: 01/11/2016

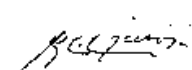
RADIOGRAFIA BACIA

OSSOS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

SEGURADOR LIDER DEPART 10 3 06/02/2017 11:58 - 0000021822

Este laudo foi liberado em 01/11/2016 14:02.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000115099

Paciente: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Idade: 34 anos

Data: 01/11/2016

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

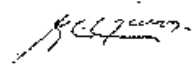
Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

SEGURADORA LIDER DEPUT 10 & 06/02/2017 11:08 - 00000021023

Este laudo foi liberado em 01/11/2016 14:04.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000115099

Idade: 34 anos

Paciente: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Data: 01/11/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Transparencia pulmonar normal.

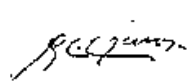
Seros costo-frênicos livres.

Arcos costais sem alterações.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

SEGURADORA LIBEROU AT 10:06/02/2017 11:58 - 0000002184

Este laudo foi liberado em 01/11/2016 14:05.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☒ Não ☐ Sim:

MEDICAMENTOS:

☐ Não ☐ Sim:

IMUNIZAÇÃO

☐ Não ☒ Sim:

PATOLOGIA

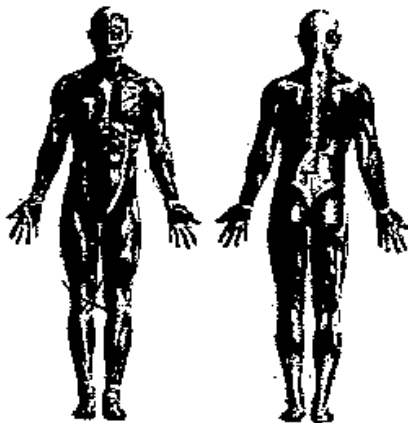
☒ Não ☐ Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

☒ Não ☐ Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique a local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1) Atendimento Inicial

2) SPG 1000 ml e 500 ml

3) Sinais vitais 1-2 + 10

4) Injeção 1-2 + 10

5) Avaliação do estado de consciência

6) Contine

7

8

9

10

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Dr. Tatiane

Solicito parecer da _____

às _____ do dia ____/____/____

às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ JIML☐ SVODr. Adalberto Vieira Dias Filho
MÉDICO
CRM/PA 9298

ASSINATURA DO MÉDICO

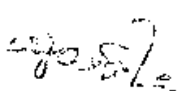
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(RG).CC.001-1



SEGER/KRIDDIGER L.J.DEB REPORT 10 & 06/02/2017 11:58 - 00096807183



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HILBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA LAUDO MÉDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	SUELLEN DOS SANTOS ROCHA
DATA DE NASCIMENTO	21/10/82
NOME DA MÃE	MARISE DOS SANTOS DA ROCHA
DADOS EXTRÍNSECOS	
BOLETEM DE ENTRADA N.º	958.269
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXX XXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	01/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	10:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO (CARRO X MOTO)
DIAGNÓSTICO (s)	CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO
CID 10	V33 + S80.0 + S81.0
AValiação INICIAL	
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA, ENCAMINHADA DA UR/ DE SANTA RITA, QUEIXANDO-SE DE DOR EM JOELHO DIREITO. EF= FC + ESCORIAÇÕES EM JOELHO DIREITO, ADM E MOVIMENTO EXTENSOR PRESERVADOS. DIASGOW 15.	
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:	
RX DE TÓRAX	
RX DE BACIA	
RX DO JOELHO DIREITO - RELATO COT-NDM	
TRATAMENTO	
PACIENTE SUBMETIDO AO 1º ATENDIMENTO + SUTURA DO FC + AVALIAÇÃO COT + MEDICAÇÃO + ORIENTAÇÕES.	
ALTA HOSPITALAR:	01/11/2018
DATA DA EMISSÃO:	18/11/2018
 Dr. Josceli Braga Brandão CRM: 174119/B	



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2906651
23 JUL 2001
 SUELEN DOS SANTOS DA ROCHA
 Nome: SUELEN DOS SANTOS DA ROCHA
 Nascimento: 21.10.1982
 Matrícula: 25.792.119.40.11
 João Pessoa, PB.
 Cert. Mat. 25.792.119.40.11
 Data de Nascimento: 21.10.1982
 Assinatura: *Suelen dos Santos da Rocha*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P.06
 SUELEN DOS SANTOS DA ROCHA
 Assinatura: *Suelen dos Santos da Rocha*
 Data: 21/10/2001
 Local: João Pessoa, PB

DOCUMENTO 5 *T54*



24/05
Dr. Fagundes
742

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL
CPF
 Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de inscrição: **066.128.444-18**
 Nome: **SUELEN DOS SANTOS DA ROCHA**
 Nascimento: **21/10/1982**

ER DEPUT 10 & 06/02/2017 11:58 - 00030021800

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
SUS
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
898 0004 4196 5573
 Nome: SUELEN SANTOS ROCHA
 Data de Nascimento: 21/10/1982
 Sexo: F Data de emissão: 17/03/09 08:52
 Município de residência: SANTA RITA UF: PB



DOCUMENTO 6 *T696*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427160816
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 GOD. RENAVAM 01076393923-3 00/000000000 2016

NOME
SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

CPF/CNPJ 06612844418 PLACA OEY0711/PB

PLACA ANT./UF NOVO 4PB 99HJT2050GS000803

ESPECIE TIPO PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO SHINERAY/500 ANO FAB. 2015 ANO VENC. 2016

CAP/POT/CI 2 P/49 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA IPVA ISENTO VENC. COTA UNICA 00/00/0000 1º 2º 3º

FADA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS ***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) JOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 22/01/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SANTA RITA - PBOCAL DATA 27/01/2016

41581 7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012427160816 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 27/01/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 06612844418 PLACA OEY0711/PB

RENAVAM 01076393923 MARCA / MODELO SHINERAY/500

ANO FAB. 2015 DANOS 9 Nº CHASSI 99HJT2050GS000803

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAM (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	JOF (R\$) *****	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) *****
PAGAMENTO [] ÚNICA [] PARCELADO		DATA DE PAGAMENTO 22/01/2016

SEGURODORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.598/0001-04
www.segurodoralider.com.br

7003781-1143439-20160127

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063833/17
Vítima: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA
CPF: 066.128.444-18

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/11/2016
Titular do CPF: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DOCUMENTO 7 *T79*



SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA : 066.128.444-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

Portador da documentação entregue

Data: 13/02/2017
Nome: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA
CPF/CNPJ: 066.128.444-18

SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 13/02/2017
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Suelio Moreira Torres da Rocha
 DATA DO ACIDENTE 01/11/2016 CPF DA VÍTIMA 066.128.444-18
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Baileara BAIRRO Fibini III
 Nº 26 COMPLEMENTO Santa Rita CEP 58302240
 CIDADE _____ UF _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (91) 8628-2618

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ ATMA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

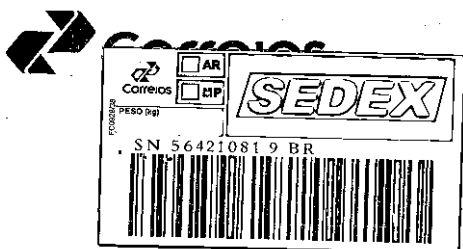
- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETINHO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01/11/2016
 IDENTIDADE 2908697
 ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____
 NOME Suelio Moreira Torres
 ASSINATURA Suelio Moreira Torres



SEGURO LIDER
PEDIDO DE SEGURO DPVAT
A/C Soma Faro
RUA SENADOR DANTAS, NO. 74, 15º
ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ -
CEP: 20031-205

PC



USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

☐ Ausente	☐ Endereço insuficiente
☐ Falecido	☐ Não existe o número indicado
☐ Recusado	☐ Desconhecido
☐ Retornado	☐ Outros (especificar)

DATA 11/11 RUBRICA DO RESPONSÁVEL _____

VISTO

Remetente: Suelio dos Santos da Silva

Endereço: Rua: Caiçara N: 26 Araruama III

58302-240 SANTA RITA / RS

740100500

250 x 353mm



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097850 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELLEN DOS SANTOS DA ROCHA **Data do acidente:** 01/11/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Ferimento corto contuso em joelho direito, submetido à tratamento conservador

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

