
Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626248

Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626248

Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada. Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626248

Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626248

Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626248

Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000099126-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626248

Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626248

Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626248 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS **Data do acidente:** 13/09/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. (PAG.01)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA MÉDICA(PAG.05)
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **093.444.354-80** Nome completo da vítima: **ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS** CPF: **093.444.354-80**

Profissão: **RECUSO** Endereço: **RUA NABUCO MELO** Número: **51** Complemento: _____

Bairro: **SANTA RITA** Cidade: **SANTA RITA** Estado: **Pb** CEP: **58300000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(083) 98888-0129**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3914** ☐ CONTA: **99441** ☐ 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **SUA PESSOA - PB, 06/11/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

X **Andriela Herculano das Chagas**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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

Número do Sinistro: 3190626248
Nome do(a) Examinado(a): Andriela Herculano das Chagas
Endereço do(a) Examinado(a): R Nabuco Melo, 51 C
Popular Santa Rita PB CEP: 58303-535
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3525174
Data local do acidente: [13/09/2017]
Data local do exame: [27/01/2020] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

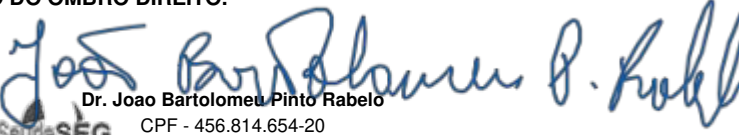
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 29/12/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO OMBRO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem seqüela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12834.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12834.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:04 horas do dia 05 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Andriela Herculano das Chagas**, CPF nº 093.444.354-80, RG nº 3525174 SSP /PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Enfermeira, filho(a) de Maria Hozana Herculano das Chagas e Antonio Gouveia das Chagas, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/12/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Nabuco Melo, Nº 51, complemento Casa, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Ponto Final, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98549-733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Ponte do Baralho, João Pessoa/PB, bairro Ilha do Bispo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/09/17 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

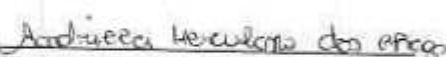
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava como carona na motocicleta HONDA/CG 125 FAN ESD ano/mod. 2013/2014, Cor: PRETA, placa: NQC7762/PB, pertencente a Oberto Herculano Moraes - CPF: 9C2JC4160ER018829- que conduzia a motocicleta, na Av. próxima a ponte do baralho, no bairro: Ilha do Bispo, quando foi surpreendida por outro veículo que efetuou uma ultrapassagem bruscamente, fechando a motocicleta, vindo a colidir no lado direito da motocicleta, fazendo com que o condutor perdesse o controle da motocicleta, vindo ao solo junto com a noticiante, que logo após foi conduzida pelo SAMU até o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi atendida e diagnosticada com FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA CID 10: S42.0 conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. José de Almeida Braga - CRM 2329/PB.

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

João Pessoa/PB, 05 de novembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS
Noticiante

Procedimento Policial: 12834.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **093.444.354-80** Nome completo da vítima: **ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS** CPF: **093.444.354-80**

Profissão: **RECUSO** Endereço: **RUA NABUCO MELO** Número: **51** Complemento: _____

Bairro: **SANTA RITA** Cidade: **SANTA RITA** Estado: **Pb** CEP: **58300000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(083) 98888-0129**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3914** ☐ CONTA: **99441** ☐ 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **SUA PESSOA - PB, 06/11/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

X **Andriela Herculano das Chagas**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1027348



Identificação do paciente

ID 1210064	Nome ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25 anos 8 meses 16 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS	Pai ANTONIO GOUVEIA DAS CHAGAS	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) BIANCA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987140957	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3525174	Nº Cns
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JUAZEIRINHO	CBO/R

Endereço

CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 13/09/2017 22:35:50	Número da pulseira 1000006260179	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente SAMU	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						Tempo 43seg

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000099126-4

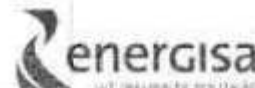
Nr. da Autenticação E224EE931425992D

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para sempre pagamento da nota fiscal de energia elétrica. Nº 003.565.921



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.046.183 / 0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS
RUA NABUCO MELO 51 A
SANTARITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/839781-2

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

28/10/2019

CONSUMO

98

VENCIMENTO

04/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 56,39

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/11/2019

Pagador: MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS CNPJ/CPF: 069.890.704-39

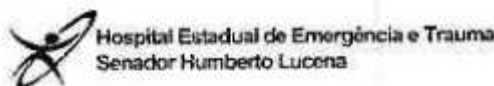
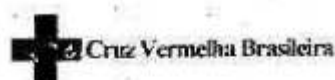
RUA NABUCO MELO 51 A - MARCOS MOURA - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008007654	000839781201910	04/11/2019	R\$ 56,39	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS	BAE 1027348	Data/Hora Entrada 13/09/2017 22:35:50	Data Baixa 2017-09-14 01:58:14.0
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS			Telefone de Contato (83) 987140957
Endereço PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDSON DELGADO TINOCO	Nº Cons. Regional 7142/PB
Data/Hora Classificação 14/09/2017 01:58:25		Data/Hora Prescrição 14/09/2017 01:58:25	

Anamnese

ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. APÓS IMOBILIZAÇÃO EM 8 NOTA-SE POUCA MUDANÇA EM RELAÇÃO AO RX INICIAL. ORIENTO SOBRE PROS E CONTRAS DE TRATAMENTO CONSERVADOR X CIRURGICO. PACIENTE OPTA POR TRATAMENTO CONSERVADOR, COM POSSIBILIDADE DE NECESSIDADE DE CIRURGIA APÓS ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CD: ALTA HOSPITALAR

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Em observação

Alta Hospitalar

Usuário EDSON DELGADO TINOCO	Data e Hora 14/09/2017 01:58:14
Motivo da Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

EDSON DELGADO TINOCO
(7142/PB)

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS
DATA DE NASCIMENTO	28/12/91
NOME DA MÃE	MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.027.348
DATA DO ATENDIMENTO	13/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	22:35
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, sem perda da consciência e sem vômito. Relata dor em ombro direito. Abdome sem queixas. RX: fratura de clavícula direita. Imobilização 8.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura da clavícula direita.

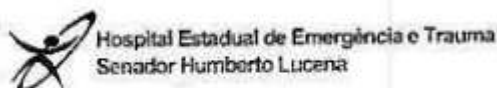
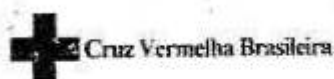
TRATAMENTO:

Imobilização em 8.

ALTA HOSPITALAR:	14/09/17
DATA DA EMISSÃO:	29/10/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS	BAE 1027348	Data/Hora Entrada 13/09/2017 22:35:50	Data Baixa
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS			Telefone de Contato (83) 987140957
Endereço PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO	UF PB
Data/Hora Classificação 13/09/2017 22:38:19		Data/Hora Prescrição 13/09/2017 22:43:08	Nº Cons. Regional 9793/PB

Anamnese

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, REFERE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. USAVA CAPACETE NO MOMENTO DO SINISTRO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. RELATA DOR EM OMBRO DIREITO. SEM OUTRAS QUEIXAS. CONDUTA: 1- SOLICITO RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO + AVALIAÇÃO DA ORTO.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

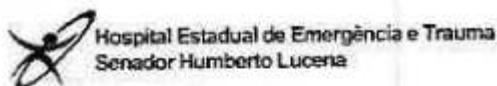
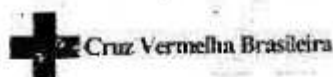
Conduta

Em observação

Dr. Ernesto Diniz Neto
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-PB 9793

ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO
(9793/PB)

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700
CNES: 2778696

Paciente ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS	BAE 1027348	Data/Hora Entrada 13/09/2017 22:35:50	Data Baixa
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS			Telefone de Contato (83) 987140957
Endereço PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6913/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2017 22:38:19		Data/Hora Prescrição 13/09/2017 23:30:52	

Anamnese

REFERE QUEDA DE MOTO HA 3H QUEIXA SE DE DOR NO OMBRO DIR NEDA DESMAIO RX FRATURA DA CLAVÍCULA DIR COM DESVIO CD IMOBILIZAÇÃO EM OITO E RX CONTROLE

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Em observação

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
(6913/PB)

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

PatientID: 000000039675

Name:

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Sex:

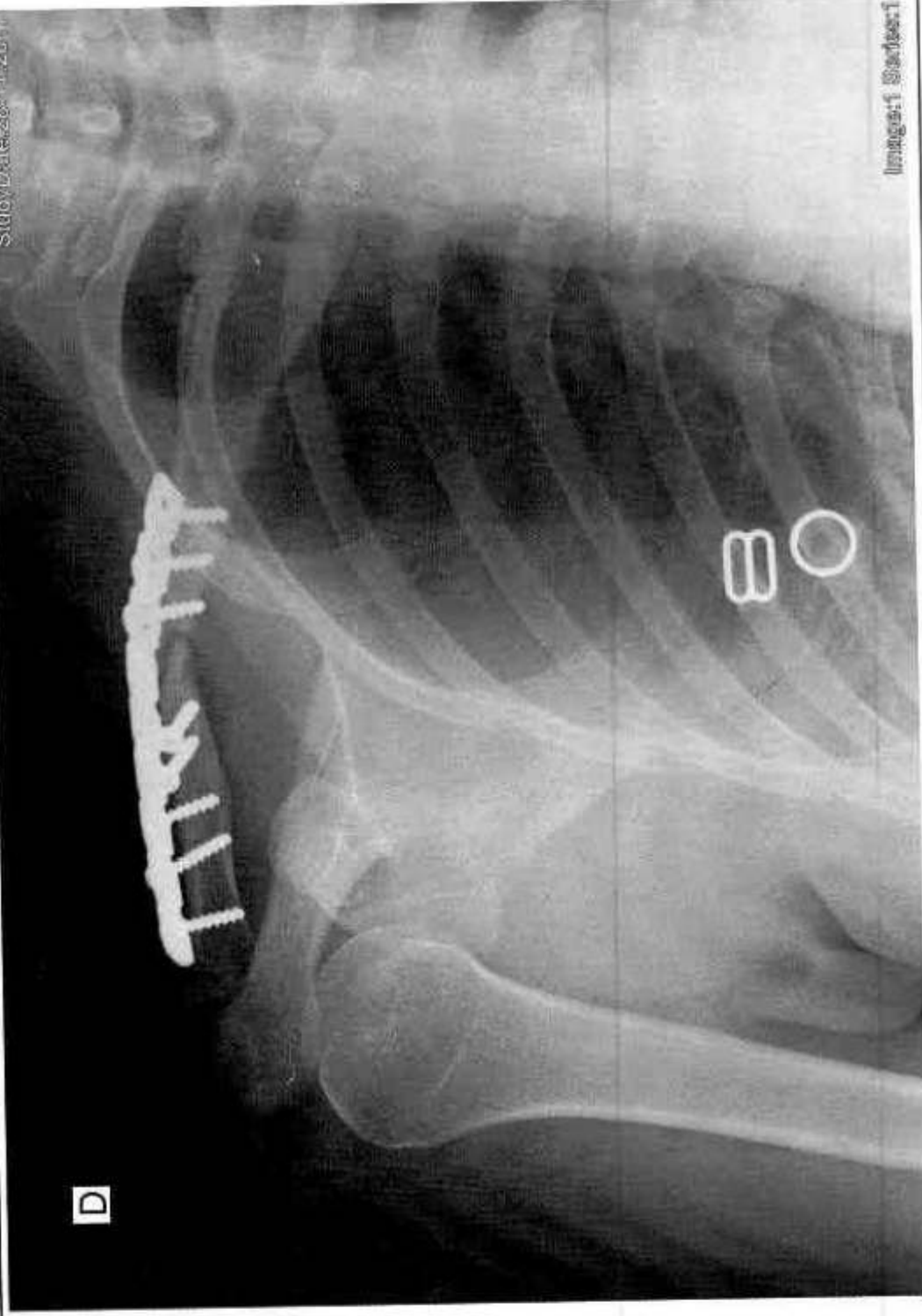
Feminino

BirthDate: 28.12.1991

Age:

25a.

StudyDate: 28.11.2017



000000039676

000000039676



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

FLAVIO HENRIQUE SANTOS DO NASCIMENTO ID: 000000039676

13.09.2017 IDADE: 26 SEXO: M

TECNICO: Hora: 23:05:16

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 35 25 174 DATA DE EXPEDIENTE 55V 2007

NOME ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Antônio Gouveia das Chagas

FILIAÇÃO Maria Hozana Herculano das Chagas

Joo Pessoa-PB 28.12.1991

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DQC ORDEM Nasc. Nº. 49651.fls.068.liv.A-44

Cart. de Santa Rita-PB

CPF

Joo Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

1.º N.º 116 DE 25.03.93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SERVIÇO DE

014799181277

SERVIÇO DE

0092343189-5 DO/000000000 2013

DEPARTAMENTO DE

00413524458

NOV/22/2013

NOV/22/2013

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

55

finale

ESTADO DE

014799181277

0092343189-5

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

DEPARTAMENTO DE

SEGURO LIDER - DPVAT

00453-1440001-20100510

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390355/19

Número do Sinistro: 3190626248

Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

CPF: 093.444.354-80

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRIELA HERCULANO
DAS CHAGAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS
CPF: 093.444.354-80

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA