



Número: **0840930-49.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELICLENE DE SOUZA (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39563940	17/02/2021 11:46	2784789_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200172208

Vítima: ELICLENE DE SOUZA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELICLENE DE SOUZA

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

Carta nº 15763049





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200172208**

Vítima: ELICLENE DE SOUZA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELICLENE DE SOUZA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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

Recebedor: **ELICLENE DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **0000051404-3**

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.

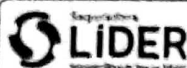
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

099.137.234-08

EUCLENE DE SOUZA

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

Nome completo

EUCLENE DE SOUZA

CPF

099.137.234-08

Profissão

AD. P. R. C. R. C.

Endereço

AV. OSVALDO FERREIRA ESPINOLA

Número

310

Complemento

Bairro

JO. ANEIA

Cidade

J. PESSOA

Estado

PB

CEP

58.084-182

E-mail

Tel (DDD)

(83) 99811-5088

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

REDA 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:

1909

CONTA:

51404

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 e quem 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) ☐ Divorçado ☐ 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

nasceu? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Local e Data: J. PESSOA, 08/05/2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

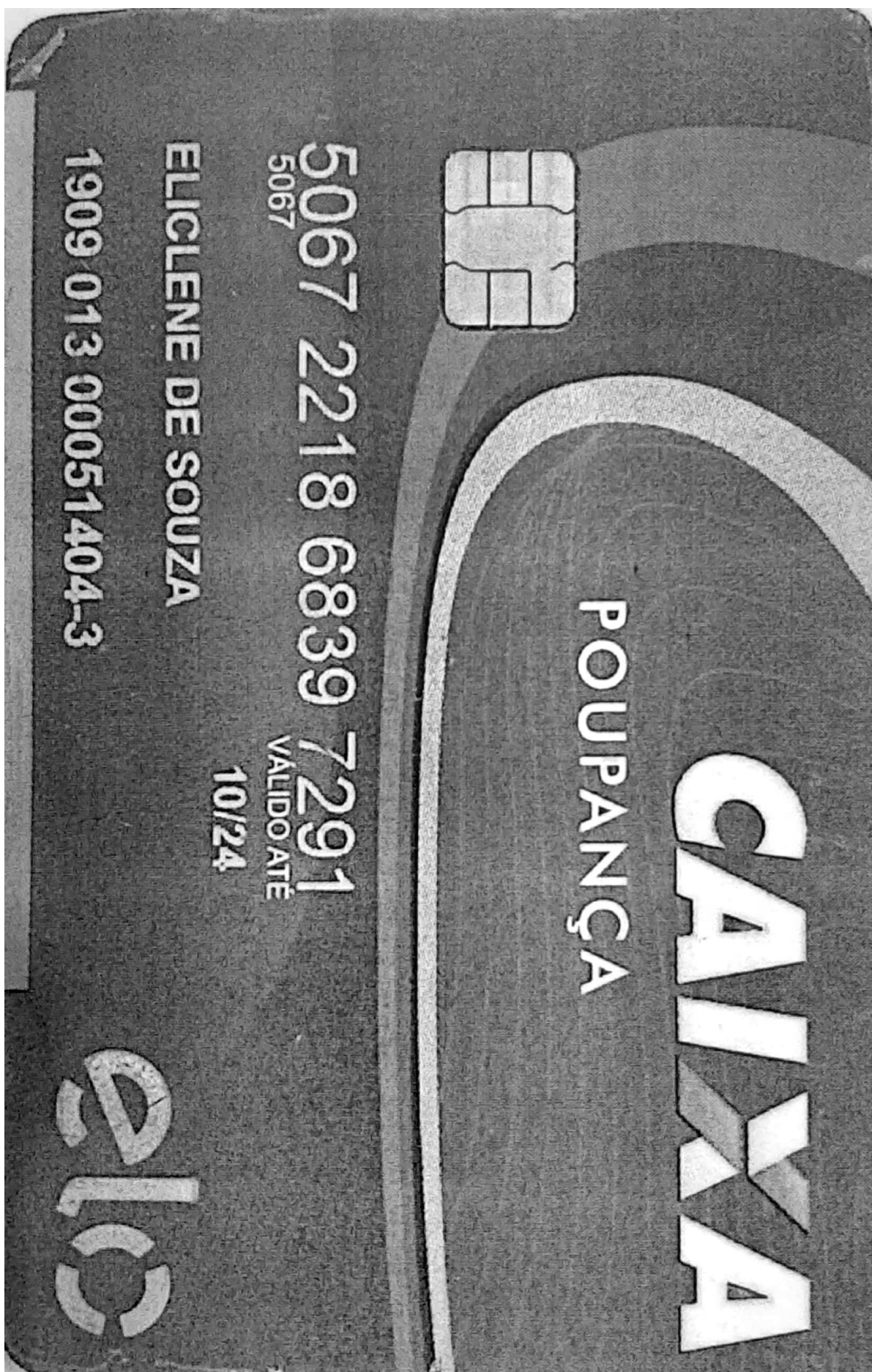
2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, 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.

FP5-001 V001/2018



Digitalizado com CamScanner





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 020563.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 020563.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 15:56 min do dia 08/05/2020, na Delegacia Online, **Eliclene de Souza**, nacionalidade Português(a), profissão Ajudante de Pedreiro, nascido(a) em 30/09/1985, idade 34, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Maria da Conceição de Souza, CPF 079.137.234-08, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Osvaldo Ferreira Espínola, complemento Q -172 - BLC: 12 - JD:03, bairro Jardim Veneza, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58084182, telefone(s) (83)9 97688908, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 17/04/2019 06:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: BR - 101, Enfrente a Fabrica da Polyutil no Bairro: Costa e Silva., BR - 101, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTIFICANTE, noticiou que no dia, 17/04/2019 às 06:30 horas no endereço acima mencionado, sofreu um acidente de moto (MOTO X BICICLETA), o mesmo estava CONDUZINDO a moto YAMAHA/YBR 125K, ANO/MOD: 2006/2006, COR: PRETA, PLACA: MYR3577/RN, CHASSI: 9C6KE092060048276, PROPRIEDADE: PATRÍCIA MARIA DA COSTA, CPF: 079.194.184-10. O noticiante relata que estava sentido ao trabalho, quando foi surpreendido por um ciclista e que o mesmo não teve como desviar e após a colisão perdendo o controle da referida moto, vindo a cair no solo, o condutor da bicicleta não teve nada, apenas algumas escoriações e foi embora, no meu caso precisei de atendimento e em primeiro instante foi populares que acionaram o SAMU e em seguida me encaminharam para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na capital, dando entrada nesta unidade as 07:48:26 horas e sendo atendido por médicos plantonista do local e após passar por exames fui DIAGNOSTICADO: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA (CID: S42.0), onde optaram por não fazer cirurgia e sim um tratamento conservador, de onde me encontro com limitações até hoje, vindo a receber alta no mesmo dia, 17/04/2019 as 10:53:31.0 horas.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



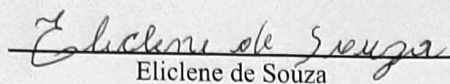
Nº 020563.01.2020.0.00.704

1/2

Digitalizado com CamScanner



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.


Eliclene de Souza

E2BD50CA0CDA01FDA8AA1B1D71D7935

Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 020563.01.2020.0.00.704

2/2

Digitalizado com CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 099.137.234-08 Nome completo da vítima: EUCLENE DE SOUZA

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

Nome completo: EUCLENE DE SOUZA CPF: 099.137.234-08
Profissão: MD PEDIATRA Endereço: AV. OSWALDO FERREIRA ESPINOLA Número: 310 Complemento: _____
Bairro: JOAZEIRA Cidade: J. PESSOA Estado: PB CEP: 58.084-182
E-mail: _____ Tel (DDD): (35) 99811-5088

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: 1909

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 51404

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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 e quem 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) ☐ Divorçado ☐ 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

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: J. PESSOA, 08/05/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, 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.

FP5-001 V001/2018

ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia



Liliane de Souza.

06.311012 OS.

Lesão

PACIENTE SEQUELADO POR ACI-
DENTE MOTORCICLISTICO NA CL.
VULVA DIREITA, CALUSIFORME
EVIDENTE EM SIATITE, COM
LIMITES FLUIDOS E SÓLIDOS
EM SUA NO MEMBRANO SUI-
DEBILIDADE DIREITA, NA ELAV
TODAMENTE O MEMBRANO, in-
feriorizado DIRETAMENTE EM
SUA LINGUA LINGUA, CILINDRICA.

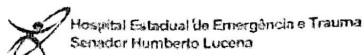
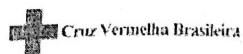
Dr. Djalma Bento F. Júnior
MÉDICO
CRM - PB 3874

10
03
20

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel: (83) 3612.1000





RUA PEDRO GONDIM, S/N -
CNES: 122332 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

ELICLENE DE SOUZA

RG (IDENTIDADE)

3111012

FOI ATENDIDO (A) POR **JORGE JOSE SOUSA PINTO**

DO (A) **BLOCO CIRURGICO SALA 6**

NO DIA **17/04/2019 09:45:50**, NECESSITANDO DE **40** - QUARENTA

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **M79.6**

S42.0

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO/ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Jorge Pinto
Médico
CRM/RN 9595

JORGE JOSE SOUSA PINTO
(9595/RN)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Digitalizado com CamScanner

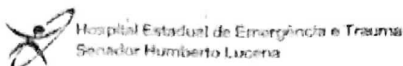


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/02/2021 11:46:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021711465070800000037702160>

Número do documento: 21021711465070800000037702160

Num. 39563940 - Pág. 9

**CENTRO CIRURGICO**

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente ELICLENE DE SOUZA	BAE 1156600	Data/Hora Entrada 17/04/2019 07:43:26	Data Baixa 2019-04-17 10:53:31.0
Data de nascimento 30/09/1985	Idade 33a 6m 18d	Sexo Masculino	CNS 702301119836512
Telefone de Contato (83) 87075502			Prontuário
Nome MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA			
Endereço Daiva Ferraz, 89		Sairro Sesi	Município SAYEUX
UF PB		Nº Cons. Regional 9595/RN	
Acidente MOTO X BICICLETA		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
Data/Hora Classificação 17/04/2019 08:21:13		Profissional JORGE JOSE SOUSA PINTO	
Data/Hora Prescrição 17/04/2019 10:53:55			

Exame**ORTOPEDIA**

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, DEAMBULANDO VITIMA DE COLISAO MOTO/BICICLETA COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO. NEGA OUTRAS QUEIXAS, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL E MECANICA VENTILATORIA PRESERVADA.

Rx de ombro direito: Evidenciando fx em terço medio de clavícula direita.

Cd: Tipoia em 8 + analgesia + retorno ambulatorial ao HTOP + atestado + rx controle

#REAVLIAÇÃO:

Rx: apresentando fratura de clavícula com desvio indicativo de tratamento conservador

Cd: Tipoia em 8 + analgesia + retorno ambulatorial ao HTOP + atestado + rx controle

Preceptor: Dr. Roberto Santos

Conduta

. médica

Alta Hospitalar

Usuário JORGE JOSE SOUSA PINTO	Data e Hora 17/04/2019 10:53:31
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP COM 10 DIAS

ELICLENE DE SOUZA

Jorge Pinto
Médico
CRM-RN 9595
JORGE JOSE SOUSA PINTO
(CRM: 9595/RN)

Dr. Luis Jureto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 66111/1TCR

Boletim registrado por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 17/04/2019 07:40:05

Digitalizado com CamScanner



PatientID: 00000093554
Name: EUCLENE DE SOUZA

Sex: Masculino
BirthDate: 30/09/1985
Age: 33a.

StudyDate: 29/08/2019

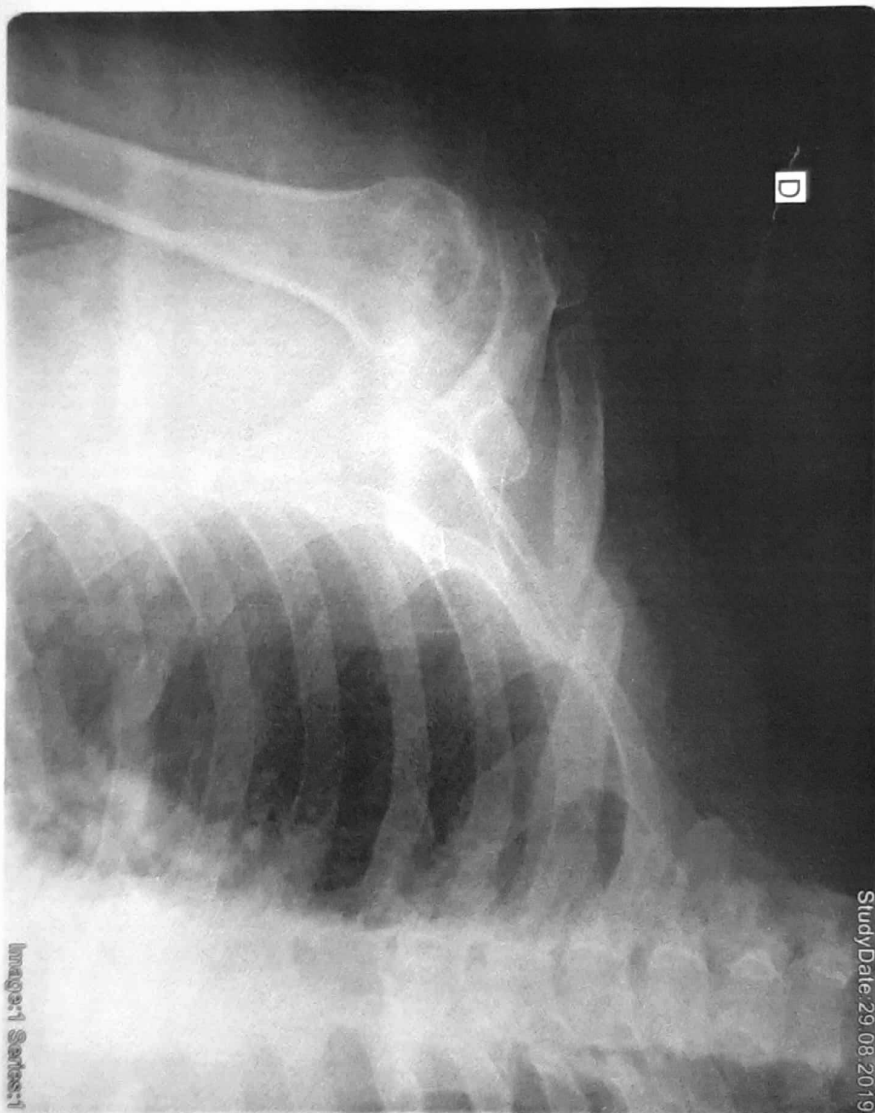


Image:1 Series:1

HTOP

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/02/2021 11:46:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021711465070800000037702160>
Número do documento: 21021711465070800000037702160

Num. 39563940 - Pág. 11

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:	18/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELICLENE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000051404-3

Nr. da Autenticação 6956545BA1004737



Unidade Consumidora:
IVANA CAMILO DA SILVA
RUA OSVALDO FERREIRA ESPINOLA, S/N - Q 172 BL 12 JO 03 53084182 - CEP: 53084182
JO VENEZA
JOAO PESSOA (AG: 1)

Classe/Subclasse: COMERCIAL/COMERCIAL
Roteiro: 014 - 0002 - 701 - 5750
Nº do Medidor: 000385151-5
MATRÍCULA: 1607281-2019-7-4

DOM. ENT:

LIGAÇÃO: TRIFASICO
DOM. BANC.:
CNPJ/CPF/RANI: 675.828.424-72

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

ligação gratuita

Emissão: 24/07/2019

Identificador pa

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA
PROXIMA LETURA

Julho/2019

29/07/2019

22/08/2019

Br 230, Kt

Digitalizado com CamScanner

ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia



Liliane de Souza.

06.3111012 03.

Lesão

PACIENTE SEQUELADO POR ACI-
DENTE MOTORCICLISTICO NA CL.
VULVA DIREITA, CALUSIFORME
EVIDENTE EM SIATITE, COM
LIMITADA FLEXIBILIDADE E DOR
EM SUP. NO MEMBRO SUP.
DEBILIDADE DIREITA, NA ELEVA
TOTALMENTE O MEMBRO, in-
feriorizado DIRETAMENTE EM
SUA LONGA LIGAM. CILINDRICA.

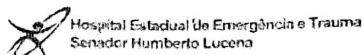
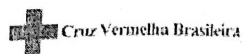
Dr. Djalma Bento F. Júnior
MÉDICO
CRM - PB 3874

10
03
20

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel: (83) 3612.1000





RUA PEDRO GONDIM, S/N -
CNES: 122332 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

ELICLENE DE SOUZA

RG (IDENTIDADE)

3111012

FOI ATENDIDO (A) POR **JORGE JOSE SOUSA PINTO**

DO (A) **BLOCO CIRURGICO SALA 6**

NO DIA **17/04/2019 09:45:50**, NECESSITANDO DE **40** - QUARENTA

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **M79.6**

S42.0

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO/ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Jorge Pinto
Médico
CRM/RN 9595

JORGE JOSE SOUSA PINTO
(9595/RN)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Digitalizado com CamScanner

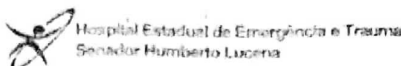


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/02/2021 11:46:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021711465070800000037702160>

Número do documento: 21021711465070800000037702160

Num. 39563940 - Pág. 15

**CENTRO CIRURGICO**

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente ELICLENE DE SOUZA	BAE 1156600	Data/Hora Entrada 17/04/2019 07:43:26	Data Baixa 2019-04-17 10:53:31.0
Data de nascimento 30/09/1985	Idade 33a 6m 18d	Sexo Masculino	CNS 702301119836512
Telefone de Contato (83) 87075502			Prontuário
Nome MARIA DA CONCEICAO DE SOUZA			
Endereço Daiva Ferraz, 89		Sairro Sesi	Município SAYEUX
UF PB		Profissional JORGE JOSE SOUSA PINTO	
Nº Cons. Regional 9595/RN		Data/Hora Prescrição 17/04/2019 10:53:55	

Exame**ORTOPEDIA**

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, DEAMBULANDO VITIMA DE COLISAO MOTO/BICICLETA COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO. NEGA OUTRAS QUEIXAS, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL E MECANICA VENTILATORIA PRESERVADA.

Rx de ombro direito: Evidenciando fx em terço medio de clavícula direita.

Cd: Tipoia em 8 + analgesia + retorno ambulatorial ao HTOP + atestado + rx controle

#REAVLIAÇÃO:

Rx: apresentando fratura de clavícula com desvio indicativo de tratamento conservador

Cd: Tipoia em 8 + analgesia + retorno ambulatorial ao HTOP + atestado + rx controle

Preceptor: Dr. Roberto Santos

Conduta

. médica

Alta Hospitalar

Usuário JORGE JOSE SOUSA PINTO	Data e Hora 17/04/2019 10:53:31
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP COM 10 DIAS

ELICLENE DE SOUZA

Jorge Pinto
Médico
CRM-RN 9595
JORGE JOSE SOUSA PINTO
(CRM: 9595/RN)

Dr. Luis Jurelito
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 66111/1TCR

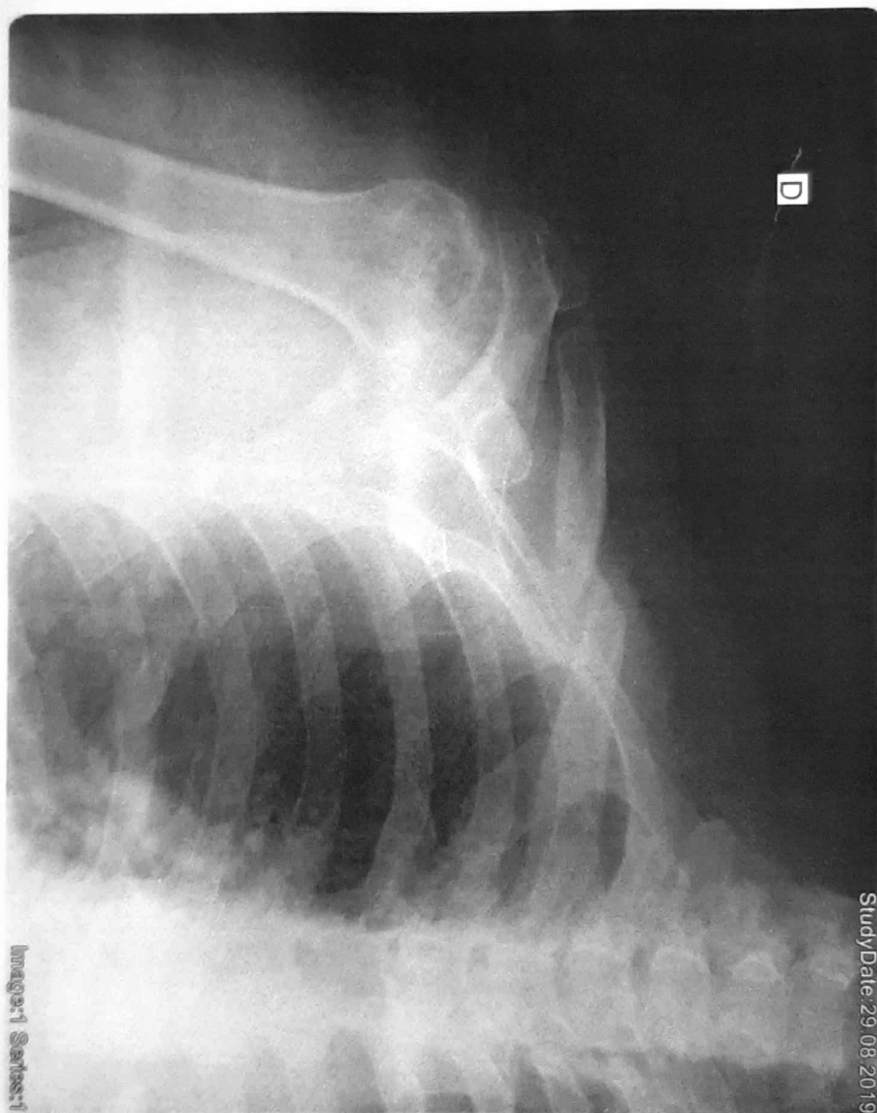
Boletim registrado por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 17/04/2019 07:40:05

Digitalizado com CamScanner



PatientID: 00000093554
Name: EUCLENE DE SOUZA

Sex: Masculino
BirthDate: 30.09.1985
Age: 33a.



StudyDate: 29.08.2019

HTOP

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917



ASSINATURA DO TITULAR

Suelio Moreira Torres

CARTEIRA DE IDENTIDADE

GOV. DA PARAÍBA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	3.111.012 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	12/02/2014
NOME ELICLENE DE SOUZA			
FILIAÇÃO			
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA			
NATURALIDADE			
SANTA RITA-PB			
DOC ORIGEM			
NASC.N.14613 FLS.190 LIV. A16			
CARTORIO SOBRADO-PB			
CPF			
079.137.234-08			
João Pessoa - PB			
ASSINATURADO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			
CAMPUS NOVA DE BRASÍLIA			

PHOTO-2019-10-03-20-55-40.jpg

04/10/2019

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Nº 5810308097

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	COD. RENAVAM 888522010	R.T.B. *****	EXERCÍCIO 2006
----------	---------------------------	-----------------	-------------------

NOME/ENDEREÇO
PATRICIA MARIA DA COSTA
TV AVELINO CARLOS, 308
CENTRO
59.162-000 SAO JOSE DE MIPIBU/RN

CPF/CGC 079.194.184-10	PLACA MYR3577
---------------------------	------------------

PLACA ANT/UF MYR3577/RN	CHASSI 9C6KE092060048276
----------------------------	-----------------------------

ESPECIE TIPO
YAMAHA/YBR 125K

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/YBR 125K	ANO FAB. 2006	ANO MOD. 2006
---------------------------------	------------------	------------------

CAP/POT/CIL OCV/124 CILINDRADAS	CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE PRETA
------------------------------------	-------------------------	---------------------------

COTA ÚNICA R\$ 0	VENC. COTA ÚNICA 06/08/2006	VENC./COTAS
FAIXA I.P.V.A. 9605 3X	PARCELAMENTO/COTAS R\$ *****	1º PAGO
		2º PAGO
		3º PAGO

PRÊMIO LÍQUIDO(R\$)	ISOF	PRÊMIO TOTAL(R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATORIO			PAGO

*** TAXAS DETRAN: PAGO ***

ALIEENACAO FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 57.561.615/0001-04
BANCO FINASA S/A
MOTOR: E382E-047563

SAO JOSE DE MIPIBU/RN

DATA
10/07/2006



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200172208 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELICLENE DE SOUZA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.3/4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 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 LEVE DO 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200172208**

Vítima: ELICLENE DE SOUZA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELICLENE DE SOUZA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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

Recebedor: **ELICLENE DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **0000051404-3**

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.

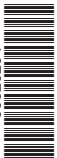
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00581/00582 - carta_15R - INVALIDEZ

00020291



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134436/20

Vítima: ELICLENE DE SOUZA

CPF: 079.137.234-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELICLENE DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ELICLENE DE SOUZA : 079.137.234-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 11/05/2020
Nome: ELICLENE DE SOUZA
CPF: 079.137.234-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ELICLENE DE SOUZA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

