



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2016

Carta nº: 9123237

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0856052/16
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 09/11/2015
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 o 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2016

Carta nº: 9136130

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0856052/16
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 09/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar infor. incorretas
- Documentos de identificação infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2016

Carta nº: 9684693

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0856052/16
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 09/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

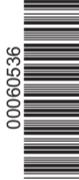
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2016

Carta n°: 9828868

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0856052/16
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 09/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 3.307,50

Banco: 104

Agência: 0000044

Conta: 0000089058-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.307,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: 3160270494 - 1

Nome do(a) Examinado(a): MARIA JOSE DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): SIT IPIOCA DE CIMA nº 00 - AREA RURAL - ITAPOROROCA/PB

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1987777 - SSP

Data local do exame: 23/09/2016 JOAO PESSOA/PB

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE TÍBIA DIREITA

FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

FRATURA DE TÍBIA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE.

FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA TRATADOS COM SUTURAS LOCAIS EM 1º E 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE.

DEFORMIDADES ANATÔMICAS, PSEUDO ARTROSE, DESVIOS DE EIXO, ATROFIA DO 1º E 2º QUIRODÁCTILO, DÉFICIT FUNCIONAL DA ABERTURA, FECHAMENTO E APREENSÃO DA MÃO ESQUERDA.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MÃO ESQUERDA

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 23/09/2016

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM: 2732 PB



João Francisco da Silva
CRM - PB 2913

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

AT
0014

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Maria José da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 1.987.777 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 31/01/2008CPF 744691954-04 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Merendeira

E RENDA MENSAL DE R\$ 884,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria José da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 004 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 89058-0

OP 013

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

Itaporonoca 14 de Abril de 2016 x/Maria José da Silva

LOCAL E DATA

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Adriana Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de óbito (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022.204.

MARIA JOSÉ DA SILVA
SITIO DOCA DE CIMA, S/N - ÁREA RURAL
ITAPOOROÇA/PB/CEP 58274-000/AG: 14;

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPÓLICO **ENERGISA PARANÁ-GS** **ABRIDOR DA LINHA ENERGISA**
Até 200,00m²-Cross Radiador-Jabuticaba (PR-06958011-000)
Referência Fwv/2016 **CNPJ 09.061.163/01-04** **IEE-ESI 10.015.927-0**
Nº Medidor: 00000000-164 **Emissão: 20/02/2016** **Mês: 02/2016**

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a UC (Unidade Consumidora)

Fev / 2016

UC (Unidade Consumidora): 5/335245-7

Canal de contato

Apresentação Redução do valor da pendente vermelha para o seguinte: 1, R\$ 2,00 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/03/2018

28/02/2016

30/03/2016

PF/CNPJ/RAN

71488175404

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kWh)

Janv18	
Devis	11
Novis	1
Ouvris	1
Servis	10
Agencis	12
Julis	29
Juvis	22
Matis	11
Abris	12
Maris	33
Fewis	0

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	- 0,00
PIS	14,63	1,3900	0,19
COFINS	14,63	8,0000	0,11
VENCIMENTO			

Méta-dados utlizados na pesquisa

卷之二

TOTAL A PAGAR

R\$ 18,19

CC CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão
Data: 25/04/2016

Adf



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Maria Tássie da Silva,PORTADOR(A) DO RG N° 3.987.777CPF 7346113954-04 /CNPJ 0000000000000000EXPEDIDO POR 55051/88EM 31/01/2008

E RENDA MENSAL DE R\$ 884,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Tássie da Silva, AUTORIZADO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO-SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):
Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):
Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 N° da CONTA (com dígito, se existir) 89058-0 OP 013

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

Itaboraí-RJ, 14 de Abril

LOCAL E DATA

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Adriana Cirne Aragão

Data: 30/04/2016CG
CORRETORA

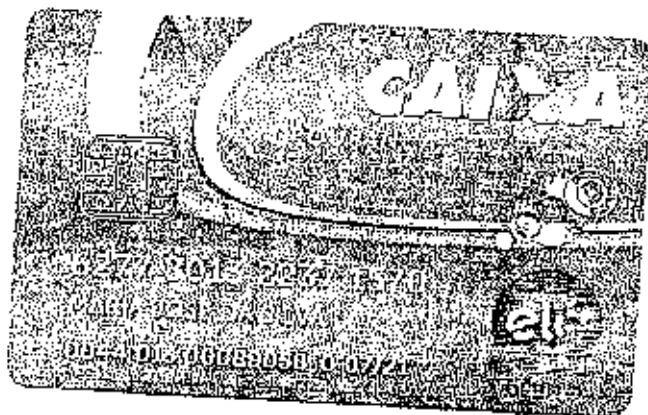
25 JUL. 2016

DPVAT/PB

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022-204.



AG 0044 OP 013

CIF 89058-0

CG
CORRETORA
25 JUL. 2016
DPVAT/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº. 0079/2016

Aos 09 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). WENDER GOMES BORGES DE ARAUJO (Delegado(a)) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Leonardo Souza L S do Nascimento, ai, por volta 09h:20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA JOSÉ DA SILVA, conhecido por NANA, Identidade nº 1.987.777-SDS/PB, CPF nº 714.691.254-04, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: merendeira, filho(a) de Manoel Francisco Da Silva E De Luiza Maria Da Conceição, natural de Itapororoca/PB, nascido(a) em 22/01/1959, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Ipioca De Baixo nº s/n, bairro zona rural - Itapororoca/PB, tendo como ponto de referência: antes do restaurante La Espanhola sentido Mamanguape, na cidade de Itapororoca/PB, fone(s) para contato: (83)- 98889-7328.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;

2) DATA DO FATO: 09 de 11 de 2015;

3) HORÁRIO: 14h:0min;

4) LOCAL: Na Curva Da Ladeira Da Ipioca nº s/n, bairro zona rural - Itapororoca/PB;

5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE;

6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VÉHICULO? NÃO;

7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VÉHICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? VITIMA - NÃO CONDUZIA O VÉHICULO;

8) O VÉHICULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO ENCONTRADO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VÉHICULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

NÃO ENCONTRADO

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

MARIA LUIZA DA SILVA - SITIO IPIOCAS DE BAIXO - ZONA RURAL - ITAPOROROCA/PB,
CELULAR REC 98889.7328 REC CARLOS

8) BREVE RESUMO DO FATO:

A NOTICIANTE CAMINHANDO NA PB 057 SENTIDO MAMANGUAPE PRÓXIMO A LADEIRA DA ESPANHOLA COM SUA IRMÃ MARIA LUIZA DA SILVA QUANDO UMA MOTO QUE TRAFEGAVA SENTIDO ITAPOROROCA NÃO CONSEGUIU FAZER A CURVA E ATINGIU A NOTICIANTE, FUGINDO EM SÉGUIDA, A NOTICIANTE NÃO OBSERVOU A PLACA DA MOTO, MAS INFORMA QUE SE TRATAVA DE UM MOTO TAXI DE MAMANGUAPE, MOTO VERMELHA, EM SEGUINDA FOI SOCORRIDA POR UM CONHECIDO DA VITIMA CHAMADO DE "NEGO" EM SEU PRÓPRIO CARRO PARA O HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE.

9) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Maria José da Silva

MARIA JOSÉ DA SILVA

Comunicante

Leonardo Souza L S do Nascimento
APC Matrícula nº 181978-0

CARTÓRIO QUINTÃO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Dr. Francisco de Oliveira, 15 - Centro - CEP 58010-1034 - João Pessoa - PB

Fone/Fax (83) 3200-1034

E-mail: crtq@pb.gov.br

Site: www.crtq.pb.gov.br

Autenticação

Certifica que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fe (Art. 368-II do CPC).

Itapororoca/PB-09/03/2016

Selo Digital: ACI77486-RRJX

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Assunto: DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão
05/04/2016



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº **001/2016**

Ocorrência nº. **0079/2016**

Aos 09 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr.(a) WENDER GOMES BORGES DE ARAUJO, delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(a) Leonardo Souza L-S do Nascimento, ai, por volta 09h:20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA JOSÉ DA SILVA, conhecido por **NANA**, Identidade nº 1.987.777-SDS/PB, CPF nº 714.691.254-04, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: merendeira, filha(a) de Manoel Francisco Da Silva E De Luiza Maria Da Conceição, natural de Itapororoca/PB, nascido(a) em 22/01/1959, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Ipioca De Baixo nº s/n, bairro zona rural - Itapororoca/PB, tendo como ponto de referência: antes do restaurante La Espanhola sentido Mamanguape, na cidade de Itapororoca/PB, fone(s) para contato: (83)- 98889-7328.

a quem lhe foi esclarecido o respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/ registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 09 de 11 de 2015;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: Na Curva Da Ladeira Da Ipioca nº s/n, bairro zona rural - Itapororoca/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VÉHICULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VÉHICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? VITIMA - NÃO CONDUZIA O VÉHICULO;
- 8) O VÉHICULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO ENCONTRADO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:
NÃO ENCONTRADO

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

MARIA LUIZA DA SILVA - SITIO IPIOCAS DE BAIXO - ZONA RURAL - ITAPOROROCA/PB,
CELULAR REC 98889.7328 REC CARLOS

8) BREVE RESUMO DO FATO:

A NOTICIANTE CAMINHANDO NA PB 057 SENTIDO MAMANGUAPE PRÓXIMO A LADEIRA DA LA ESPANHOLA COM SUA IRMÃ MARIA LUIZA DA SILVA QUANDO UMA MOTO QUE TRAFEGAVA SENTIDO ITAPOROROCA NÃO CONSEGUIU FAZER A CURVA E ATINGIU A NOTICIANTE, FUGINDO EM SEGUIDA, A NOTICIANTE NÃO OBSERVOU A PLACA DA MOTO, MAS INFORMA QUE SE TRATAVA DE UM MOTO TAXI DE MAMANGUAPE, MOTO VERMELHA, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR UM CONHECIDO DA VITIMA CHAMADO DE "NEGO" EM SEU PRÓPRIO CARRO PARA O HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE.

9) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val. devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(a) que digital.

Leonardo Souza L-S

MARIA JOSÉ DA SILVA

Comunicante

Leonardo Souza L-S

Leonardo Souza L-S do Nascimento

APC Matrícula nº 181978-0

**CG
CORRETORA**

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

CERTIFICO QUINTO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - Fone/Fax (83) 3811-1003

Atestado de Autenticidade - Notaria e Quinto - Exceção - Alçada S. B. Quinto

AUTENTICAÇÃO

Certifica que a presente cópia é reprodução fiel do original

que me foi exibido. Doc. nº: (Art. 365, III, da CLT)

Itapororoca/PB-09/03/2016

Selo Digital AC.77486-RR.JX

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.ppb.jus.br>

Idriana Cirne Aragão
35/04/2016

Rodrigo

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Jose da Silva

identidade nº 3.997.777 e inscrito no CPF/MF sob o nº 729.691.264-04, portador da carteira de residente e domiciliado na Sítio Jeivoca de Cima Sine - Área Rural, Cidade Itaporonoca, 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:

- (X) 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.

Maria Jose da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itaporonoca PB. 14/04/2016

Local e data

ADRIANA CRISTINA DE SEGUROS LTDA
Adriana Cristina Aragão
Data: 15/04/2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Jose da Silva

identidade nº 3.997.777 e inscrito no CPF/MF sob o nº 729.691.264-04, portador da carteira de residente e domiciliado na Sítio Jeivoca de Cima Sine - Área Rural, Cidade Itaporonoca, 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:

- (X) 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.

Maria Jose da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itaporonoca PB. 14/04/2016

Local e data

ADRIANA CRISTINA DE SEGUROS LTDA
Adriana Cristina Aragão
Data: 15/04/2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Tase da Silva, identidade nº 3.987.737 e inscrita no CPF/MF sob o nº 734.691.264-04, portador da carteira de residente e domiciliado na Sítio Ipeca de Cima S/nº - Área Rural Cidade Itapona Roca 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:

- (X) 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 Lider 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.

Maria Tase da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CG
CORRETORA

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

Itapona Roca /PB. 14/04/2016

Local e data

LIDER CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Adriano Cirne Aragão
Data: 25/04/2016

Adp

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Tase da Silva, identidade nº 3.987.737 e inscrita no CPF/MF sob o nº 734.691.264-04, portador da carteira de residente e domiciliado na Sítio Ipeca de Cima S/nº - Área Rural Cidade Itapona Roca 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:

- (X) 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 Lider 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.

Maria Tase da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CG
CORRETORA

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

Itapona Roca /PB. 14/04/2016

Local e data

LIDER CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Adriano Cirne Aragão
Data: 25/04/2016

Adp

GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPÉ



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE BAM: 61155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/11/15 HORA DO ATENDIMENTO: 15:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MARIA JOSE DA SILVA

CARTÃO DO SUS: 898004507185442

NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959

IDADE: 56 Ano(s)

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

ENDERECO: ipicóea s/n - ZONA RURAL -

MUNICÍPIO ITAPOROROCÁ

TEL.: 6736-0056

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

vítima é atropelada em
carreira e com um mto tempo
e ferida d.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

rx jorço D
rx ferida s
rx ~~resolvidos~~ eq

rx jorço criseis febris

incompleta de longa duração e expira

física
la ferida

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

pecto feridas long dan. ✓ 08

RECIBIDO
FACULTADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERATIVA DA PARAÍBA
DATA: 15/11/2016

6 CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 15/10/2016

Adp

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 5614
Medico Atendente

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 5614
Medico Atendente

Paciente/Responsável

GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPÉ



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE BAM: 61155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/11/15 HORA DO ATENDIMENTO: 15:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MARIA JOSE DA SILVA

CARTÃO DO SUS: 898004507185442

NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959

IDADE: 56 Ano(s)

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

ENDERECO: ipicóea s/n - ZONA RURAL -

MUNICÍPIO ITAÚROROCÁ

TEL.: 6736-0056

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

vítima é atropelada em
carreira e com um mto tempo
e ferida d.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

rx jorço D
rx ferida s
rx ~~resolvidos~~ eq

rx jorço criseira ferida

incompleta de longa duração e exposta

física
la ferida

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

pecto feridas long dan. ✓ 08

RECIBIDO
FACULTADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERATIVA DA PARAÍBA
DATA: 15/11/2016

6 CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 15/10/2016

Adp

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 5614
Medico Atendente

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 5614
Medico Atendente

Paciente/Responsável

GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



(ATO)

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE BAN: 81155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/11/15 HORA DO ATENDIMENTO: 15:01

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: MARIA JOSE DA SILVA

CARTÃO BO. SUS:

098004607185442

NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959

IDADE:

56 Ano(s)

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

ENDERECO: IPIÓCA s/n - ZONA RURAL

TEL.: 6738-0056

MUNICÍPIO: ITABOROROCA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Última consulta no ato anterior
e segue o exame em sua sequência

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

Ex. folicos
Ex. fer...
Ex. ...
RESULTADOS: neg

CG
CORRETORA

25 JUL. 2016

DPVAT/PB

Ex. folicos ev. Sennas fratura
incomplete de longa duração e crônica
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS
pecto ferros ...

fisio!
(a fer.)

RECIBIDO NO DIA
TELEFONE NÚMERO
DATA 09/11/2016

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriano Cirno Aragão
Data: 09/11/2016

Adp

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
Medico Atendimento
PB 5614

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
Ortopédico Alta



HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



卷之三

RATO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE BANCO: 81155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/11/15 **HORA DO ATENDIMENTO:** 15:01

NAME: MARIA JOSE DA SILVA

NOME DA MÃE: LUTZA MARIA DA CONCEIÇÃO

MARIA DA CONCEICAO
DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1950

PROFESSIONE:

ENDERECO: Ipioca s/n - ZONA RURAL
MUNICIPIO: *[illegible]*

MUNICIPIO ITABOROROCA

Carrão by sis.

·998004507185442

56. Ano (e) : SEUO: FEMININO
ESCOLARIDADE:

TEL. 8738-0056

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

en que se atropelló
y se ha de ser en una

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

~~Ex- fórmula
Ex- ferro
Ex- resultados~~

CG
CORRETORA

25 JUL 2016

DPVAT/PB

DPVAT/PB
2x Juntas evitando fratura
incrustação de longe fáceis de cravar
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS
Octo fáceis

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

65.1
65.2

AGÊNCIA DE CORREIROS DE SEGUROS ITA

Adriano Cirne Aragão
Data: 25/04/2011

~~TELETYPE IMAGE~~
ENR 11-18 980-274

Patient/Responsible Person

Dr. Miguel Vieira de Sá Neto
CURTA GERAL
Medico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
CRM - PB 5614
Ortopedia

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: 28/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.307,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000089058-0

Nr. da Autenticação DAAD3FC8820F9D79



0016*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José da Silva

RG nº 1.987.777, data de expedição 31/03/2008, Órgão SSD SIRB.

CPF nº 734.691.264-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ipioca de Cima</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Itapororoca</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58275-000</u>
Telefone de Contato	<u>83 99918-8844 8399682-5221</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapororoca/PB - 14/04/2016

Assinatura do Declarante: Maria José da Silva

CG CORRETORA DE SEGUROS LTD.

Adriana Cirne Aragão
Data: 95/04/2016

(Signature)



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Jose da Silva

DATA DO ACIDENTE 09/11/2015 CPF DA VÍTIMA 714.691.254-04

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR sítio. Jpico de Cima

Nº 51/nº COMPLEMENTO Bairro Área Rural
CIDADE Itapuã do Coroa UF PR CEP 58275-000

E-MAIL _____ TELEFONE (33) 98889.7328

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 BOHME (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA 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 CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETM 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, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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, TAIIS 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

- | | |
|-------------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/01/2016

CPF 714.691.254-04

ASSINATURA Maria Jose da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
MBM CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DATA

25/01/2016

NOME

Adriana Gimé Ataggio

ASSINATURA

f50



0016*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José da Silva

RG nº 1.987.777, data de expedição 31/03/2008, Órgão SSD SIRB.

CPF nº 734.691.264-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ipioca de Cima</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Itapororoca</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58275-000</u>
Telefone de Contato	<u>83 99918-8844 8399682-5221</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapororoca/PB - 14/04/2016

Assinatura do Declarante: Maria José da Silva

CG CORRETORA DE SEGUROS LTD.

Adriana Cirne Aragão
Data: 95/04/2016

(Signature)



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Jose da Silva

DATA DO ACIDENTE 09/11/2015 CPF DA VÍTIMA 714.691.254-04

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR sítio. Jpico de Cima

Nº 51/nº COMPLEMENTO Bairro Área Rural
CIDADE Itapuã do Coroa UF PR CEP 58275-000

E-MAIL _____ TELEFONE (33) 98889.7328

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 BOHME (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA 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 CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETM 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, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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, TAIIS 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

- | | |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/01/2016

CPF 714.691.254-04

ASSINATURA Maria Jose da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECIPIENTE NA SEGURADORA

~~MBM CORRETORA DE SEGUROS LTDA~~

DATA 22/01/2016

NOME Adriana Gimre Ataggio

DATA 22/01/2016

ASSINATURA Adriana Gimre Ataggio

flsp



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José da Silva

RG nº 3.983.777, data de expedição 31/01/2008 Órgão SSD SIRB
CPF nº 734.691.264-04

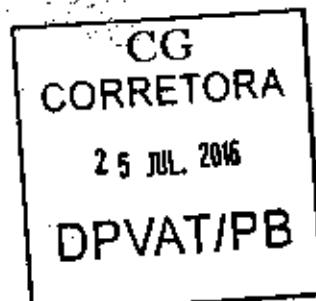
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ipioca de Cima</u>
Número	<u>51mº</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Itapororoca</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58245-000</u>
Telefone de Contato	<u>83 99939.8844 83 9 9682.5221</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapororoca/PB - 14/04/2016

Assinatura do Declarante: Maria José da Silva



CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA.
Adriana Cirne Aragão
Data: 25/04/2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José da Silva

RG nº 3.983.777, data de expedição 31/01/2008 Órgão SSD SIRB
CPF nº 734.691.264-04

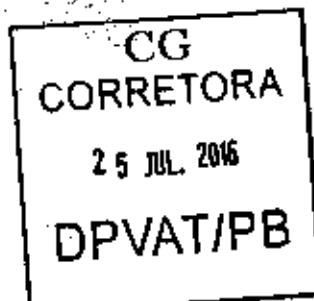
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ipioca de Cima</u>
Número	<u>51mº</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Itapororoca</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58245-000</u>
Telefone de Contato	<u>83 99939.8844 83 9 9682.5221</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapororoca/PB - 14/04/2016

Assinatura do Declarante: Maria José da Silva



CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA.
Adriana Cirne Aragão
Data: 25/04/2016



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA

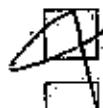
PROCEDIMENTO - Descrição:

Inspeção

DIAGNÓSTICO:

*Fra frua com inflamação
lateral fratura*

MEDICAÇÃO



PREScrita



APLICADA

ENCAMINHAMENTO



OBSERVAÇÃO



ÓBITO



OUTRO HOSPITAL



INTERNAÇÃO



RESIDÊNCIA



OUTROS

MOTIVO DA ALTA:



ALTA HOSPITALAR



ALTA À REVELIA



EVADIU-SE

*Dr. Miguel Neves de Souza
Ass. do(s) Profissional(es) e Assistente(s) - CARIMBO*

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

CLA DE SEGUROS LTDA

*Bruno Cirne Aragão
25/04/2016*

Adr

GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM

HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE

Rua: Walfrido de Almeida e Silva, S/N - Areia - Telefone: (83) 3292-9050
Mamanguape - PB - Brasil CEP: 58280-000
CNPJ 08.778.268/0054-72

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

Nejane da Silva

Sintomas:

nx dor lombar D 1P / sentado

nx dor nas costas D 1P / sentado

nx dor nas costas D 1P

Praxe

LOJAS LUXARETOSA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

25/10/16

DATA: 09/10/16

Dr. Miguel Nogueira de S. Neto
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 6814

ME DMOO - CRM

HOSPITAL GERAL DE NAMANQUAPE - PB

PACIENTE: MARIA JOSE DA SILVA
USUÁRIO: Nathalia
NÚMERO DO BAN: 81155
DATA DO ATD.: 09/11/15 15:01

DATA DE NASC.: 22/01/1958
IDADE: 56 anos, 9 meses e 18 dias.

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO: VERDE

TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 27 min

FLUXO: FRATURAS, FERIMENTOS E CORTES

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA: 0 bpm

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA: 120 mmHg

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: 0 impm

PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA: 80 mmHg

HEMOGLICOTESTE (HGT): 0

SATURAÇÃO (SP02): 0

COR DA PELE:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

TEMPERATURA CORPORAL: 0,00

ESCALA DE DOR: 2 LEVE

QUEIXA PRINCIPAL: ac. de moto , com dor e edema em msc 1º quirodáctilo e mdc joelho

ÍNDICE GLASGOW: NÃO INFORMADO

CG CORRENTES DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão
Data: 15/10/2016

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
CAMP. PB 5614
Médico Atendimento
Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
CAMP. PB 5614
Médico Alia

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MARIA JOSÉ DA SILVA, 56 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 09/11/2015 as 15:01 horas, inscrito sob o BAM nº. 81155. Sua mãe chama LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

O referido paciente deu entrada no serviço após relato de atropelamento e com queixa de dor em mão E e joelho D, consciente e orientado. Glasgow 15. Feito medicamentos, Rx. Encaminhada para o serviço de referencia devido fratura de Tibia.

V29,9, T13,0

Mamanguape, 28/01/2016

Francilino R. Leite Rangel
Endocrinologia & Metabologia
CRM-PB 8814
Francilino Rodrigues Leite Rangel

*

CG CORRETORA DE SEGUROS LTD.

Adriana Cirne Aragão
Data: 25/01/2016

(Adp)

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MARIA JOSÉ DA SILVA, 56 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 09/11/2015 as 15:01 horas, inscrito sob o BAM nº. 81155. Sua mãe chama LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

O referido paciente deu entrada no serviço após relato de atropelamento e com queixa de dor em mão E e joelho D. consciente e orientado. Glasgow 15. Feito medicamentos, Rx. Encaminhada para o serviço de referencia devido fratura de Tibia.

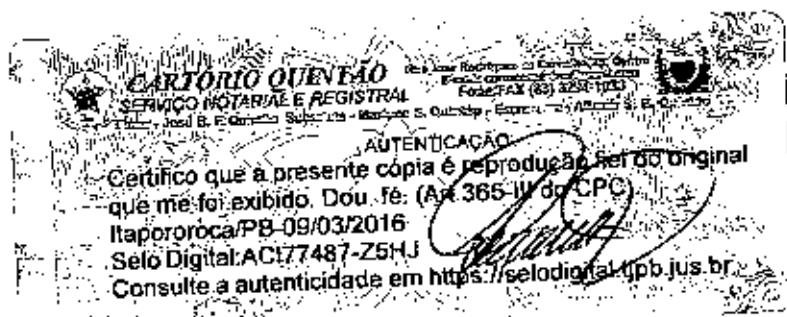
V29.9, T13.0

Mamanguape, 28/01/2016

Francilirio R. Leite Rangel
Endocrinologia & Metabologia
CRM-PB 8814
Francilirio Rodrigues Leite Rangel

CC CORREVISSA DE SEGUROS LTDA
Adriana Cirne Aragão
Data: 15/01/2016

(Signature)





ESTADO DA PARAÍBA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOROROCA
SECRETARIA DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Data

—

- PSF do seu bairro

- Secretaria
de Saúde
do seu
Município

Attesto Ocore 9
di un dog. Verrà
presso a decisa
Maurizio de la
Salle e presso
l'impotenza finanziaria
da Maa esposto
com'è stato
d'oro perro de L' esposto

~~May 20~~ Dr. Melrose ~~14/3/62~~

Mr. W. G. S. Dennis
Mexico
C.M.A. - P.B. 54R1

66 CORREÇÃO DE SEGUNDA ITAIA

Adriana Cirne, Aragão

Date: 25/10/2021

(c) D



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGENCIA

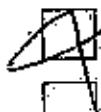
PROCEDIMENTO - Descrição:

Inspeção

DIAGNÓSTICO:

*Fra frua com inflamação
lateral fratura*

MEDICAÇÃO

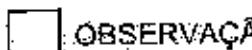


PREScrita



APLICADA

ENCAMINHAMENTO



OBSERVAÇÃO



ÓBITO



OUTRO HOSPITAL



INTERNAÇÃO

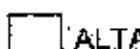


RESIDÊNCIA



OUTROS

MOTIVO DA ALTA:



ALTA HOSPITALAR



ALTA À REVELIA



EVADIU-SE

*Dr. Miguel Neves de Souza
Ass. do(s) Profissional(es) e Assistente(s) - CARIMBO*

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

CLA DE SEGUROS LTDA

*Brian Cirne Aragão
25/04/2016*

Adf

GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM

HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE

Rua: Walfrido de Almeida e Silva, S/N - Areia - Telefone: (83) 3292.9050
Mamanguape - PB - Brasil CEP: 58280-000
CNPJ 08.778.268/0054-72

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

Nejane da Silva

Sintomas:

nx dor lombar D 1P / sentar

nx dor nas costas D 1P / sentar

nx dor nas costas D 1P

Praxe

LOJAS LUXARETOSA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

25/10/16

(Signature)

DATA: 09/10/16

Dr. Miguel Nogueira de S. Neto
CIRURGIA GERAL
CRM-PB 6814

(Signature)

MEDICO - CRM

HOSPITAL GERAL DE NAMANQUAPE - PB

PACIENTE: MARIA JOSE DA SILVA
USUÁRIO: Nathalia
NÚMERO DO BAN: 81155
DATA DO ATD.: 09/11/15 15:01

DATA DE NASC.: 22/01/1958
IDADE: 56 anos, 9 meses e 18 dias.

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO: VERDE

TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 27 min

FLUXO: FRATURAS, FERIMENTOS E CORTES

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA: 0 bpm

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA: 120 mmHg

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: 0 impm

PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA: 80 mmHg

HEMOGLICOTESTE (HGT): 0

SATURAÇÃO (SP02): 0

COR DA PELE:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

TEMPERATURA CORPORAL: 0,00

ESCALA DE DOR: 2 LEVE

QUEIXA PRINCIPAL: ac. de moto , com dor e edema em msc 1º quirodáctilo e mdc joelho

ÍNDICE GLASGOW NÃO INFORMADO

CG CORRENTES DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão
Data: 15/10/2016

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CRM-PB 5614
Médico Atendimento
Dr. Miguel Neves de S. Neto
CRM-PB 5614
Médico Alia

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MARIA JOSÉ DA SILVA, 56 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 09/11/2015 as 15:01 horas, inscrito sob o BAM nº. 81155. Sua mãe chama LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

O referido paciente deu entrada no serviço após relato de atropelamento e com queixa de dor em mão E e joelho D, consciente e orientado. Glasgow 15. Feito medicamentos, Rx. Encaminhada para o serviço de referencia devido fratura de Tibia.

V29,9, T13,0

Mamanguape, 28/01/2016

Francilino R. Leite Rangel
Endocrinologia & Metabologia
CRMPE 8814
Francilino Rodrigues Leite Rangel

*

CG CORRETORA DE SEGUROS LTD.

Adriana Cirne Aragão
Data: 25/01/2016

(Adp)

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MARIA JOSÉ DA SILVA, 56 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 09/11/2015 as 15:01 horas, inscrito sob o BAM nº. 81155. Sua mãe chama LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO

O referido paciente deu entrada no serviço após relato de atropelamento e com queixa de dor em mão E e joelho D. consciente e orientado. Glasgow 15. Feito medicamentos, Rx. Encaminhada para o serviço de referencia devido fratura de Tibia.

V29.9, T13.0

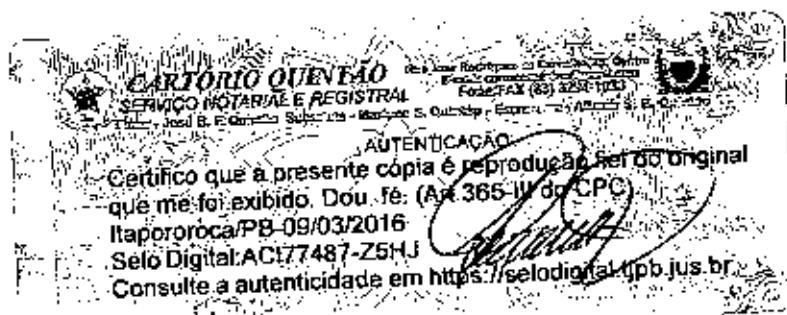
Mamanguape, 28/01/2016

Francilirio R. Leite Rangel
Endocrinologia & Metabologia
CRM-PB 8814

Francilirio Rodrigues Leite Rangel

CC CORREVISSA DE SEGUROS LTDA
Adriana Cirne Aragão
Data: 15/01/2016

(Signature)





ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPOROROCA
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Data:

14 / 3 / 16

Pontuário:

- PSF do
seu bairro

- Secretaria
de Saúde
do seu
Município

Olá Dr. Cirne,
Meu nome é
Márcia Melo de
Silveira e sou
impossível financeira
da minha
com essas
2º fevereiro
especial.

NASDAM Dr. Melhor seu dia.

Dr. Wagner Fonseca
MÉDICO
CRM - PB 5484

CÓ CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão
Data: 25/10/2016

Rodrigo



HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE

Документация посетителя



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE BANCO 81155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/14/15 **HORA DO ATENDIMENTO:** 15:01

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		DO ATENDIMENTO: 15
NOME: MARIA JOSE DA SILVEIRA	DATA DE NASCIMENTO:	01/01/1959
NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEICAO	CARTÃO DO SUS:	898004507185442
DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959	IDADE:	56 Ano (os)
PROFISSÃO:	SEXO:	FEMININO
ENDERECO: ipiooca s/n - ZONA RURAL	ESCOLARIDADE:	
MUNICIPIO ITAPOROROCÁ		

8738-0056

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

*Ex-jóv. / Co
Ex- feme
Ex- RESTADOS*

CG
CORRETORA
25 JUL. 2016
DPVAT/PB

EX-juntas consideradas fraude
incompleta de forma física e estética
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS
de forma física

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

L-G CORRETORA DE SEGUROS LTD

- Adriano Cirne Aragão
Date: 25/04/2016

~~NUCC-ORIGIN~~
THE MUSEUM
OF NATURAL HISTORY

Paciente/Responsável

Dra. Miquela Vieira de S. Neto
MÉDICA - CIRURGIA GERAL
CRM- PB 5674
Medico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
Obstétrico, Alta



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA

PROCEDIMENTO - Descrição:

DIAGNÓSTICO:

Fra feria com rotula
fa bida proxima

MEDICAÇÃO



PREScrita



APLICADA



OBSERVAÇÃO



OBITO



OUTRO HOSPITAL



INTERNAÇÃO



RESIDÊNCIA



OUTROS

MOTIVO DA ALTA:



ALTA HOSPITALAR



ALTA À REVELIA

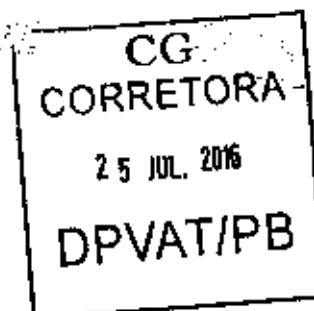


EVADIU-SE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(E) / PESSOAL(PASS)ENTE(S) - CARIMBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE QU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO



CA DE SEGUROS LTDA
uriana Cirne Aragão
25/04/2016

(Signature)



HGM

HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE

Documentación médica Hospitalar
100084



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DE BANCO: 81155

DATA DO ATENDIMENTO: 09/14/15 **HORA DO ATENDIMENTO:** 15:01

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		DO ATENDIMENTO: 15
NOME: MARIA JOSE DA SILVEIRA	CARTÃO DO SUS:	898004507185442
NOME DA MÃE: LUIZA MARIA DA CONCEICAO		
DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1959	IDADE:	56 Ano (os)
PROFISSÃO:	SEXO: FEMININO	
ENDERECO: ipiooca s/n - ZONA RURAL	ESCOLARIDADE:	
MUNICIPIO: ITAPOROROCA		

8735-0056

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

de j'or/Co D
ix feria A
nt RESULTADOS 29

CG
CORRETORA
25 JUL. 2016
DPVAT/PB

EX-juntas consideradas facturas
inconvenientes de longo prazo e expensas
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS
de alto fisco

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

L-G CORRETORA DE SEGUROS LTD

- Adriano Cirne Aragão
Date: 25/04/2016

~~NUCLEAR ENERGY SOURCE
TECHNOLOGY~~

Paciente/Responsável

Dr. Miguel Vieira de Melo
CHIRURGIA GERAL
MEDICO - PB 5514
Medico Atendimento

Dr. Miguel Neves de S. Neto
CIRURGIA GERAL
Obstétrico, Alta



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA

PROCEDIMENTO - Descrição:

DIAGNÓSTICO:

Fra Fractura com instalação de
fractura proximal

MEDICAÇÃO



PREScrita



APLICADA



OBSERVAÇÃO



OBITO



OUTRO HOSPITAL



INTERNAÇÃO



RESIDÊNCIA



OUTROS

MOTIVO DA ALTA:



ALTA HOSPITALAR



ALTA À REVELIA



EVADIU-SE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(PA) / ASSISTENTE(S) - CARIMBO

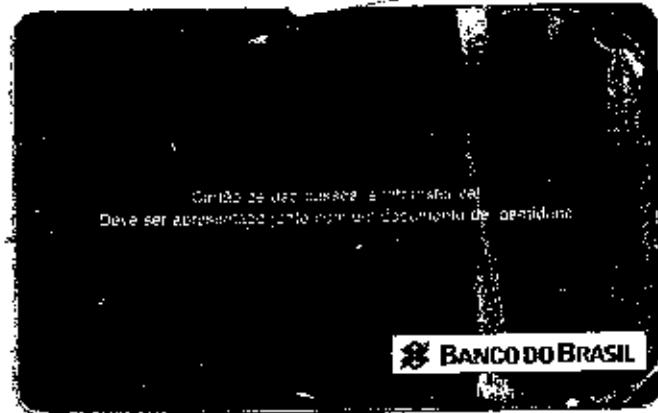
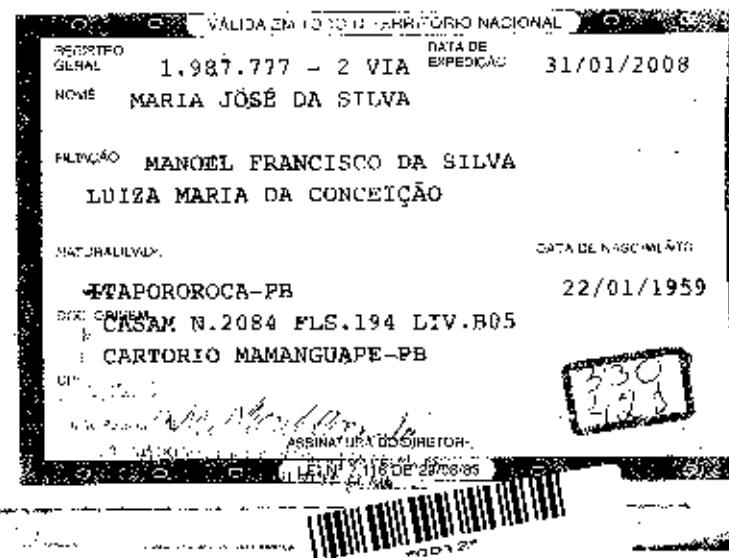
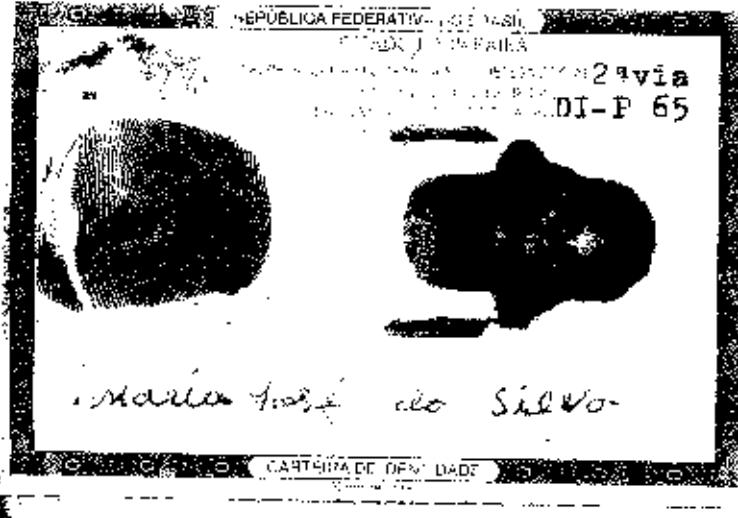
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE QU RESPONSÁVEL

OU PEGAR DIRETO



CA DE SEGUROS LTDA
uriana Cirne Aragão
25/04/2016

(Signature)



CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Adriano Cirne Aragão
Data: 25/10/2016
PDP

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider do
Consórcio da Segura DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0856052/16

Vítima: MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 714.691.254-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/11/2015
Titular do CPF: MARIA JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA JOSE DA SILVA : 714.691.254-04

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: 25/04/2016
Nome: MARIA JOSE DA SILVA
CPF/CNPJ: 714.691.254-04

MARIA JOSE DA SILVA

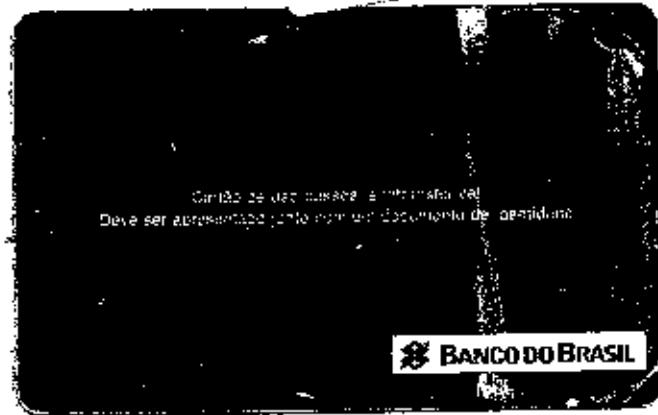
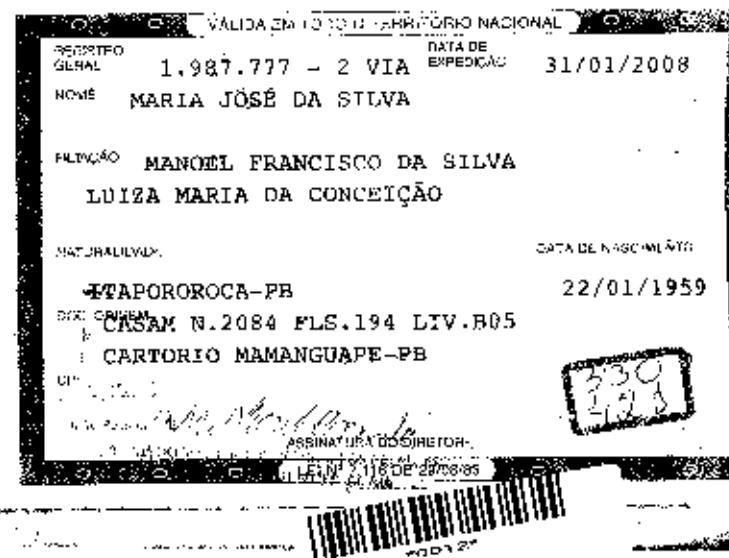
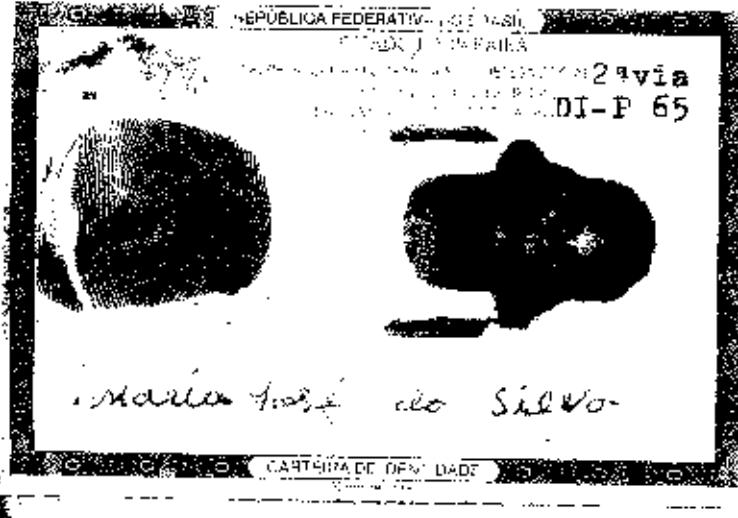
Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 25/04/2016
Nome: Adriana Cirne Aragão
CPF: 885.178.454-04

Adriana Cirne Aragão

EG CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Adriana Cirne Aragão
Data: 25/04/2016





CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Adriano Cirne Aragão
Data: 25/10/2016
PDP

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider do
Consórcio da Segura DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0856052/16

Vítima: MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 714.691.254-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/11/2015
Titular do CPF: MARIA JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA JOSE DA SILVA : 714.691.254-04

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: 25/04/2016
Nome: MARIA JOSE DA SILVA
CPF/CNPJ: 714.691.254-04

MARIA JOSE DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 25/04/2016
Nome: Adriana Cirne Aragão
CPF: 885.178.454-04

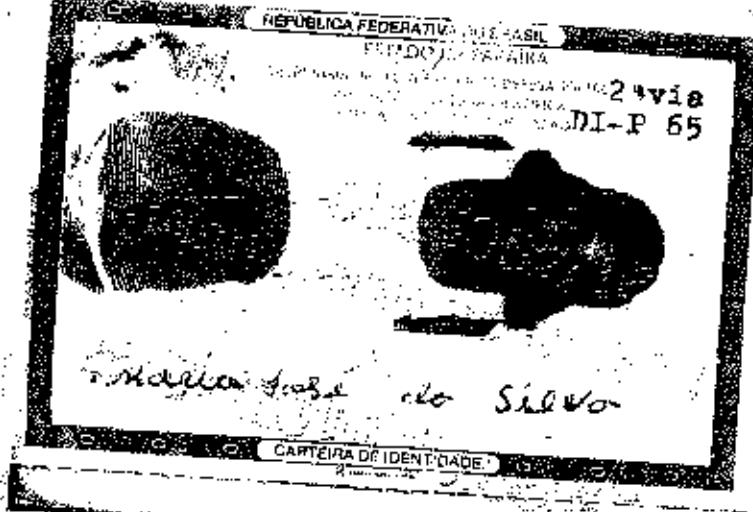
Adriana Cirne Aragão

CG CORRÊNCIA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 25/04/2016

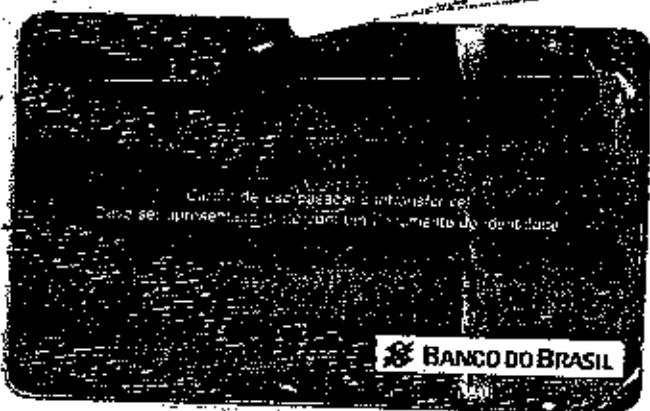
R.D.P



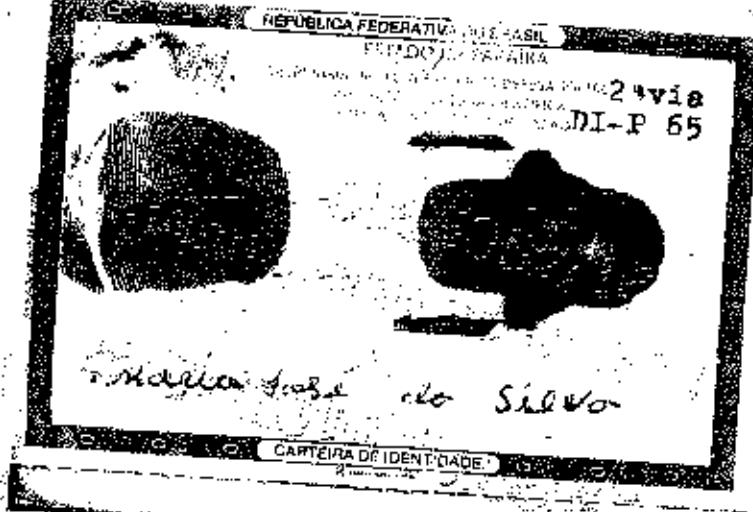
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 1.987.777 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2008
NOME MARIA JOSÉ DA SILVA

FILIAÇÃO MANOEL FRANCISCO DA SILVA - LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO
NACIONALIDADE
PAPOROROC - PB
ENDereço CASA N. 2084 FLS. 194 LIV. B05
CARTÓRIO MAMANGUAP - PB
CPF
Data de Nascimento 22/01/1959
ABRANGÊNCIA DO DIRETOR
MUNICÍPIO DE MAMANGUAP
0012

530
223

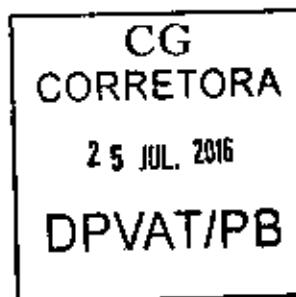
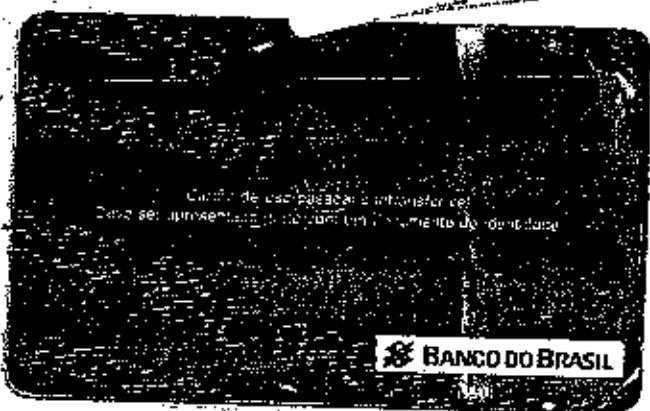


CG
CORRETORA
25 JUL. 2016
DPVAT/PB



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 1.987.777 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2008
NOME MARIA JOSÉ DA SILVA
FILIAÇÃO MANOEL FRANCISCO DA SILVA - LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO
NACIONALIDADE
PAPOROROC - PB
ENDereço CASA N. 2084 FLS. 194 LIV. B05
CARTÓRIO MAMANGUAP - PB
CPF
Data de Nascimento 22/01/1959
ABRANGÊNCIA DO DIRETOR
MUNICÍPIO DE MAMANGUAP
0012

530
223



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160270494
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA

Cidade: Itapororoca
Data do acidente: 09/11/2015

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO:25% DE 70% = 17,5%

sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



CIDADE DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Jose da Silva
 DATA DO ACIDENTE 09/11/2015 CPF DA VÍTIMA 714.691.254-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO:
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR sítio Ipica de Cima
 N° S/Nº COMPLEMENTO
 CIDADE Itapuã do Rio Preto BAIRRO Área Rural
 UF PR CEP 58075-000
 E-MAIL _____
 TELEFONE (43) 9 8889.7328

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 BO-ME (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA 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
- BOLETO 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

Certidão de óbito

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 DE 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 OUTVIDAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO 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

CS CORRETORA DPVAT/PR

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)
- OBRIGATÓRIO DE RESIDÊNCIA E 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/06/2016
 CPF 714.691.254-04

ASSINATURA Maria Jose da SilvaRESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____Adriano Cirne Aragão
9510911516
Assinatura Adriano Cirne Aragão

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2016

Carta nº: 9136130

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0855052/16
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 09/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar infor. incorretas
- Documentos de identificação infor. Incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Aterciadamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00347/00748 - carta 03



CG
CORRETORA
25 JUL. 2016
DPVAT/PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder nos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0856052/16
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 714.691.254-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/11/2015
Titular do CPF: MARIA JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA JOSE DA SILVA : 714.691.254-04

- 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: 25/07/2016
Nome: MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 714.691.254-04

MARIA JOSE DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 25/07/2016
Nome: Adriana Cirne Aragao
CPF: 885.178.454-04

Adriana Cirne Aragao



CIDADE DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria Jose da Silva
 DATA DO ACIDENTE 09/11/2015 CPF DA VÍTIMA 714.691.254-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO:
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR sítio Ipica de Cima
 N° S/Nº COMPLEMENTO
 CIDADE Itapuã do Rio Preto BAIRRO Área Rural
 UF PR CEP 58075-000
 E-MAIL _____
 TELEFONE (43) 9 8889.7328

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 BO-ME (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA 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
- BOLETO 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

Certidão de óbito

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 DE 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 OUTVIDAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO 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

CS CORRETORA DPVAT/PR

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)
- OBRIGATÓRIO DE RESIDÊNCIA E 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/06/2016
 CPF 714.691.254-04

ASSINATURA Maria Jose da SilvaRESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____Adriano Cirne Aragão
95109-1116
Assinatura Adriano Cirne Aragão

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2016

Carta nº: 9136130

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3160270494 ASL-0855052/16
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 09/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar infor. incorretas
- Documentos de identificação infor. Incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Aterciadamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00347/00748 - carta 03



CG
CORRETORA
25 JUL. 2016
DPVAT/PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder nos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0856052/16
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 714.691.254-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/11/2015
Titular do CPF: MARIA JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA JOSE DA SILVA : 714.691.254-04

- 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: 25/07/2016
Nome: MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 714.691.254-04

MARIA JOSE DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 25/07/2016
Nome: Adriana Cirne Aragao
CPF: 885.178.454-04

Adriana Cirne Aragao

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160270494 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO:25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160270494 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO:25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

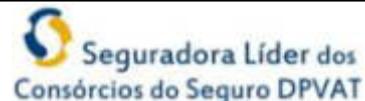
Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160270494 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE.
DEFORMIDADES ANATÔMICAS,PSEUDO ARTROSE,DESVIOS DE EIXO,ATROFIA DO 1º E 2º QUIRODÁCTILO,DÉFICIT FUNCIONAL DA ABERTURA,FECHAMENTO E APREENSÃO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE TÍBIA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE.
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA TRATADOS COM SUTURAS LOCAIS EM 1º E 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

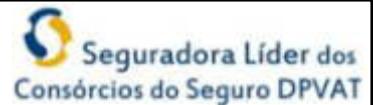
CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			24,5 %	R\$ 3.307,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gabriele Graça Suárez Pinto".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160270494 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE.
DEFORMIDADES ANATÔMICAS,PSEUDO ARTROSE,DESVIOS DE EIXO,ATROFIA DO 1º E 2º QUIRODÁCTILO,DÉFICIT FUNCIONAL DA ABERTURA,FECHAMENTO E APREENSÃO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE TÍBIA DIREITA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, INSTABILIDADE ARTICULAR, MARCHA CLAUDICANTE.
FERIMENTO CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA TRATADOS COM SUTURAS LOCAIS EM 1º E 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

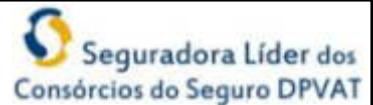
CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			24,5 %	R\$ 3.307,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gabriele Graça Suárez Pinto".