

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: 16/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESSICA PRISCILA MAGALHAES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000047631-9

Nr. da Autenticação D3C47BC6DD5432AB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170568417 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESSICA PRISCILA MAGALHAES DA SILVA **Data do acidente:** 30/10/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DISCRETA DA INVERSÃO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/11/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

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 um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170568417 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESSICA PRISCILA MAGALHAES DA SILVA **Data do acidente:** 30/10/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DISCRETA DA INVERSÃO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/11/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

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 um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



Documentação médico – hos



CERTIDÃO

Nº. 0454/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 900473 pertencente à **JESSICA PRISCILA MAGALHÃES DA SILVA** que foi atendida dia 30/10/16 às 21h28min, paciente vítima de acidente de moto, refere dor torácica a esquerda, região escapular e dor em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em pé esquerdo. Medicada, indicado tratamento conservador e liberada.

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

João Pessoa, 17 de abril de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170568417 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JESSICA PRISCILA MAGALHAES DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA HISTÓRIA DE AMOR nº 22 - GRAMAME - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3553488 - SSP**
Data local do exame: **10/11/2017 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 PÉ ESQUERDO

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 complicação.

TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E QUE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DISCRETA DA INVERSAO DO PÉ ESQUERDO

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO

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 seqüela 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)

PÉ ESQUERDO

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 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.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 10/11/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB

Assinatura do perito Examinador - CRM

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.

SU. JESSICA PRISCILA MAGALHAES DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3553488 EXPEDIDO POR SSDS-PO EM 13/04/11
 CPF 700492944-23 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO DO LAR
 E RENDA MENSAL DE R\$ recusou QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jessica Priscila Magalhães 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
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro e
- 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.

Autorização de pagamento



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 24 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0031 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0047631-9

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) 0031 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0047631-9

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

João Pessoa de agosto de 2017
 LOCAL E DATA

Jessica Priscila Magalhães da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos dependentes/beneficiários, 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\$ 1.700,00 (uma mil e setecentas reais) das despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse o site www.sacdpvat.com.br/ ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
 19 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00964.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00964.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:24 horas do dia 22 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jessica Priscila Magalhães da Silva**, CPF nº 700.492.944-23, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão do Lar, filho(a) de Maria José Bezerra Magalhães e José Valmir da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 23/05/1992 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua História de Amor, Nº SN, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Perto da Praça do Gervásio Maia, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98669-6026.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, Próximo a Caixa D'água do Colinas do Sul, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/10/16 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava na garupa da MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, COR VERMELHA, ANO 2010/2010, PLACA MOI8622/PB, CHASSI 9C2JC4110AR594157, REGISTRADA EM NOME DE ERLANDES ALVES DA SILVA E DE PROPRIEDADE DE ALBERTO JUNIOR DA SILVA MEIRELES, SENDO CONDUZIDA POR ALBERTO JUNIOR DA SILVA MEIRELES (CPF. 084.933.624-41, CNH 04841642258), quando passavam próximo à caixa d'água do Colinas do Sul foram atingidos frontalmente por um CICLOMOTOR VERMELHO não identificado, onde a noticiante veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0454/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.04.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira para onde foi socorrida em veículo particular por um rapaz que passava pelo local; Que os demais envolvidos no acidente machucaram-se levemente; Que os condutores do ciclomotor tinham sintomas de embriagues e foram embora após conseguirem se levantar; Que não deseja representar criminalmente.

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

João Pessoa/PB, 22 de maio de 2017.



Jessica Priscila Magalhães
JESSICA PRISCILA MAGALHÃES DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00964.01.2017.1.00.420

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AGROPISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
56056-254 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 930473 Atd: Nao Regula
Data: 30/10/2016
Hora: 21:28:27
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: ~~TRAUMATOLOGICA~~ *Emergência*

DADOS DO PACIENTE

Nome: JESSICA PRISCILA MAGALHAES DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3553488 Fone: 987987175 Num. Prontuario: 2016.10.002953
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/05/1992 Id: 24 ano(s)

Endereço: COLINAS DO SUL,
Cidade: VALENTEIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Responsável: MARIA JOSE BEZERRA MAGALHAES

Ocupação: SELEIRO

Informações de Entrada

Resp.: JESSICA PRISCILA MAGALHAES DA SILVA

Tel/Doc. Responsável: 987987175 / IDENTIDADE: 3553488

Procedência: BAIRRO COLINAS DO SUL

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

CONSULTA

Classificação de Risco:

FR:

TP:

Altura:

IMC:

Circ. Abd:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Vitima de edicao, dor no abdômen, exorciação pelo corpo.

Acidente MOTO. Motivo: TCE

Exame Físico: Hora do atendimento médico: 21:28

DOR TO RUA A DIL em região abdominal

DOR PE CDA DOR ABDOMINAL

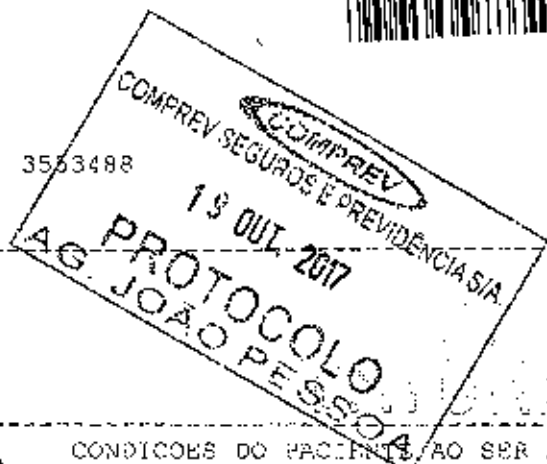
Múltiplas exorciação

Prescrição

Horário da medicação

*Do Conto: 150 mg, Dor Pós Op
Ant: Dor pós (DCE)
Fórmula PE*

Comprovação de ato declar



Handwritten signature and stamp: Tânia Cortes, 19/10/2016, 21:28, 3553488

① TURM 100g e
80 0.9 1000 e

② Dipirona 1g e

③ TURM 100g e

④ ANR OTOPRIS

Dr. Eduardo Motta Braga
Cirurgia Geral
RAB 72310-000 PE 18450

⑤ VSC - BOUN

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Oxyplus:
Pudim de leite e
nosso primeiro ou last
higieniz. Ultra orfede.

Dr. Angelo Siqueira
Ortopedia / Traumatologia
Oncologia / Neurocirurgia
CRM 6207 / 15.100.000 / 15.100.000

Reservado p/ liberação
01/12/00 72
02/12/00 72

Ordem	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVC ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

03/12/00 67
03/12/00 67