

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2014

Carta nº: 4571990

A/C: INACIA RUBIA VILAR

Sinistro: 2014390614
Vitima: INACIA RUBIA VILAR
Data Acidente: 05/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, **caso existam sequelas definitivas e permanentes**, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

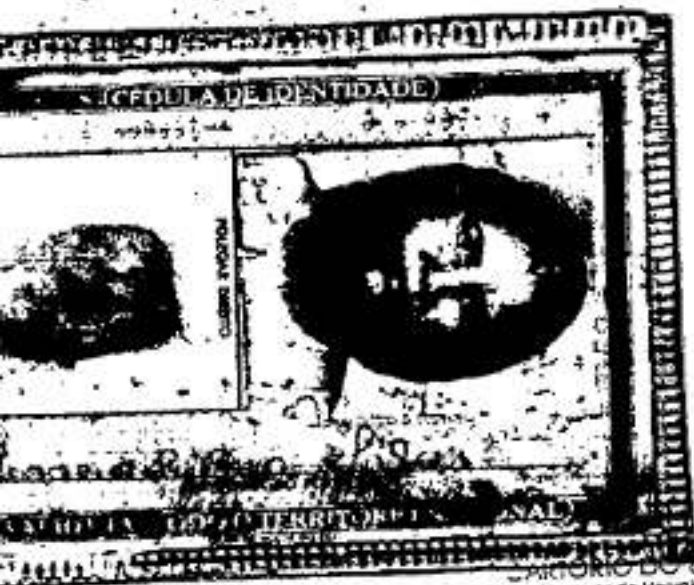
Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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





CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Rua Marques do Herval, 83 - Centro
CNPJ 09.365.546/0001-76
Pedro Oliveira de Lucena
TABELIAO
Certifico e dou fé da presente cópia fotostática
e a Reprodução fiel do original que me foi entregue
Campina Grande

2 MAI 2014

Pedro Oliveira de Lucena
TABELIAO

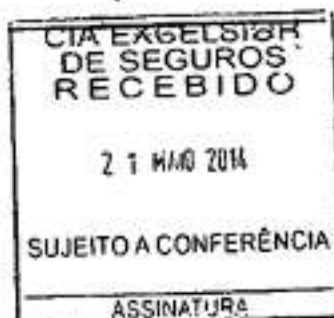


CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro - Fone 3341-6085
CNPJ 09.365.546/0001-76
Pedro Oliveira de Lucena
TABELIAO
Certifico e dou fé da presente cópia fotostática
e a Reprodução fiel do original que me foi entregue
Campina Grande

Pedro Oliveira de Lucena
TABELIAO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*100403



OUTROS

1004054



INVALIDEZ

DAMS

21 MAI 2014

1. DADOS DO SINISTRADO:

NOME DO SINISTRADO: ANACIA RUBIA NILAR. SUJEITO A CONFERÊNCIA

ENDEREÇO: R. Rep. Jader Medeiros

NUMERO: 389 COMPLEMENTO: CEP: 58107-700

BAIRRO: Antenário UF: PB MUNICIPIO: Lampina Grande

COD. SINISTRADO: 01 DATA DE NASCIMENTO: 31/03/1955 TELEFONE:

CPF DO SINISTRADO: 209.172.339-39 DATA DO SINISTRO: 05/02/2014

DATA DA RECLAMAÇÃO: NATUREZA:

2. DOCUMENTOS:

TIPO: 04 UF/PLACA: OFF-0624PB CATEGORIA: 09 LAUDO IML N°:

DEL. DE OCORRÊNCIA: 2ª TOR PC. UF DA DELEGACIA: PB

MUNICIPIO DA OCORRÊNCIA: Lampina Grande UF DA OCORRÊNCIA: PB

BO N°: DATA DO BO: 07/03/2014 VALOR PLEITEADO R\$:

3. DADOS DO BENEFICIÁRIO:

NOME: A Vítima

CPF:

NASCIMENTO BENEFICIÁRIO: TIPO DO BENEFICIÁRIO:

BANCO: 001 AG: 1591-1 CONTA: 15990-5

☐ CONTA POUPANÇA ☒ CONTA CORRENTE TELEFONE:

ENDEREÇO: CEP:

NUMERO: COMPLEMENTO:

BAIRRO: UF: MUNICIPIO:

PROFISSÃO? () NÃO () SIM QUAL? RENDA? () NÃO () SIM QUANTO?

4. DADOS DO PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO:

NOME:

CPF: DATA DE NASCIMENTO:

DATA DA PROCURAÇÃO: UF DA PROCURAÇÃO: TELEFONE:

ENDEREÇO: CEP:

NUMERO: COMPLEMENTO:

BAIRRO: UF: MUNICIPIO:

PROFISSÃO? () NÃO () SIM QUAL? RENDA? () NÃO () SIM QUANTO?

5. DADOS DO MÉDICO:

NOME DO MÉDICO: André Ribeiro.

CRM DO MÉDICO: 5793 UF DO CRM DO MÉDICO: PB

de Assinatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
OZIREZ DA COSTA 2014 OFF0624 PASSA / MOTOCICLET ALCO/GASOL HONDA/CG 150 TITAN ESD 2012 2013 PARTICULAR VERMELHA 09/05/2014 CAMPINA GRANDE 14/05/2014		OFF0624	
		<u>Nova Consulta</u> <input type="button" value="Imprimir Consulta"/>	
		Último Licenciamento: 2014 Proprietário: OZIREZ DA COSTA Placa: OFF0624 Combustível: ALCO/GASOL Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET Ano de Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: VERMELHA Vencimento Licenciamento: 09/05/2014 Observação: Restrição: Financeira: Município: CAMPINA GRANDE Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 14/05/2014	

[<<Voltar](#)


DATA DO ACIDENTE: 05-02-2014.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, INÁCIA RÚBIA VILAR, portador da carteira de identidade nº 302.427 e inscrito no CPF/MF sob o nº 204.122.334-34 residente e domiciliado na RUA AEP. JADEN MEDEIROS, 589 - CENTENAL Cidade CAMPINA GRANDE, Estado PARRIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

* Inácia Rúbia Vilar

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS RECEBIDO
21 MAIO 2014
SUJEITO A CONFERÊNCIA
ASSINATURA

CAMPINA GRANDE (PB), 14.05.2014.

Local e data

CIRD - CIA. EXCELSIOR SEGUROS
RUA: CONCEIÇÃO N° 105 5/808
RUD DE DANIELINO - RJ.
CEP. 20.057-045

RESUMEITE:
INACIA RUBIA VILAIN
RUA: DE P. JADEO MEDEIROS N° 389
BAIRRO: CENTENÁRIO.
CIDADE: CAMPINA GRANDE (PB).
CEP- 58.107-200

 **REGISTRADO URGENTE**
REGISTERED PRIORITY

☒ PESO / WEIGHT (kg)
0,180

JG 66321802 8 BR





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT
EXCELSIOR SEGURODORA

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, JANÁIA RÚBIA VILAR

PORTADOR(A) DO RG Nº 309427 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 17.10.1974

E CPF CNPJ PROFISSÃO ENFERMEI
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MACIA RUBIA VILAR _____, AUTORIZO A _____

SEGURODORA **EXCELSIOR SEGUROS** A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACÓRDO 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. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

- 1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

- 2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br); 3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO BB AGÊNCIA 4597 INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR - CONTA-CORRENTE 15990-5

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

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

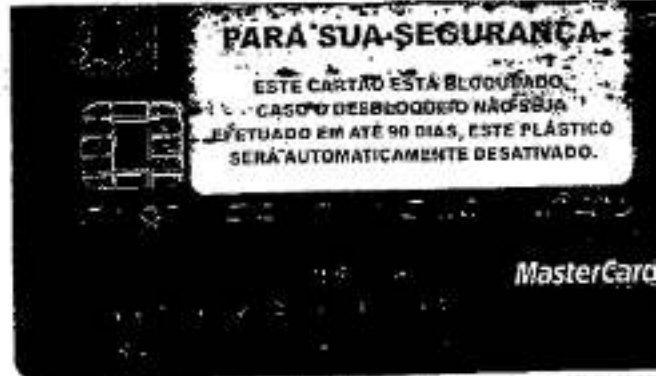
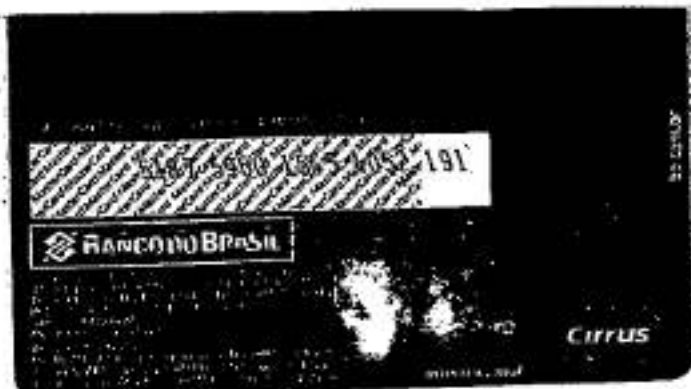
LOCAL CAMPINA GRANDE (PB). DATA 14/05/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

x Luísa Rúbia Vilar
LUIA RUBIA VILAR

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos 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 11.845/2009) 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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Fone 3341-6085
CNPJ 09.045.545/0001-76
Pedro Oliveira de Lucena
TABELIAO

Certifico e dou fé de que a presente cópia fotostática
é a reprodução fiel da original que me foi exibida.
Campina Grande, 12 MAI 2014 / 02:05:04 (Horário de Brasília)

Pedro Oliveira de Lucena
TABELIAO

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
MAXXI CAMPINA GRAN

09/05/14

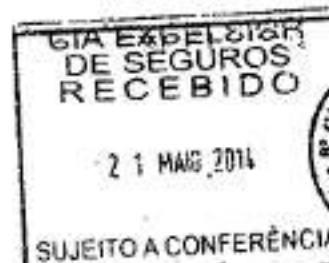
Extrato N. 93120001-1920

BANCO DO BRASIL
08/05/2014 AUTO-ATENDIMENTO 07.05.03
159112486

EXTRATO CONTA CORRENTE P/CONFERENCIA

AGENCIA: 1591-1 CONTA: 15.990-5
CLIENTE: INACIA RUBIA VILAR





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

2ª Delegacia Regional de Polícia Civil

10ª Seccional de Polícia Civil

Delegacia Especializada de Acidentes de C. Grande/PB

Rua Raimundo Nonato de Araújo S/Nº Bairro do Catolé-C. Grande/PB Fone-3310-9319



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA, HORA E LOCAL DO FATO: 05.02.2014, às 06:54 hs, Avenida Floriano Peixoto, Malvinas, nesta cidade.

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 07.03.2014, às 14:43 hs,

COMUNICANTE/ 1ª VITIMA: OZIREZ DA COSTA VILAR SOBRINHO, brasileiro, União estável, pedreiro, com 53 anos de idade, nascido em 24.12.1960, natural de Taperoá-PB, filho de Adelino da Costa Vilar e de Izabel barboza de Souza, residente na rua- Maria Carolina de Amorim Pereira Vili, 243, Conjunto Ronaldo Cunha Lima bairro Três Irmãs, Nesta cidade, portador da Identidade de Nº3.223.653-SSP-PB, Fone- 9973-1279.

2ª VÍTIMA: INÁCIA RÚBIA VILAR, brasileiro, solteira, enfermeira, com 53 anos de idade, nascida em 31.03.1955, natural de Taperoá/PB, filha de Adelino da Costa Vilae de Isabel Barboza de Sousa, residente na rua- Dep. Jader Medeiros, 389, bairro Centenário, nesta cidade, portadora da Identidade de Nº302.427-SSP-PB, Fone- 3321-5488.

DAS TESTEMUNHAS: WSSHELIO BARROS VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, comerciante, com 45 anos de idade, natural de Campina Grande/PB, filho de Wilson Vasconcelos Bezerra e Lourdes Barros Vasconcelos, residente à rua Améiro Porto, 300, bairro do Alto Branco, nesta cidade, fone: 9925.1677, e RENATO BARBOSA DA SILVA, brasileiro, solteiro, vigilante, com 29 anos da idade, natural de Campina Grande/PB, filho de José Roberto da Silva e Maria das Neves Barbosa da Silva,

residente à rua Projetada, S/n, Quadra 16, Lote 09, Conj. Ronaldo Cunha Lima, bairro de Três Irmãs, nesta cidade, fone: 8763.7279.

INFRATOR: NÃO HÁ.

DA NARRATIVA DO FATO: Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta, HONDA/CG 150 TITAN ESD, Ano e Modelo 2012/2013, cor vermelha, placa OFF-0624-PB, chassi 9C2KC1650DR803284, licenciada em nome do comunicante Ozires da Costa Vilar Sobrinho, quando trafegava na Avenida Floriano Peixoto no sentido centro/ bairro, momento em que atravessou na frente um animal (cachorro), tendo a vítima perdido o controle de direção da Moto e caído ao solo, juntamente com 2ª vítima Inácia Rúbia Vilar, que vinha na garupa da referida motocicleta, tendo as vítimas caído ao solo e Ozires da Costa Vilar Sobrinho sofrido fratura de Úmero do braço direito, enquanto que a passageira que vinha na garupa Inácia, sofreu fratura da Bacia e escoriações pelo corpo, sendo ambos socorridos por uma Unidade Móvel do SAMU e encaminhado ao do Hospital de Emergência e Trauma nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, tendo sido elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. O comunicante está ciente das penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

DELEGADA: Josefa Alves de Assis.

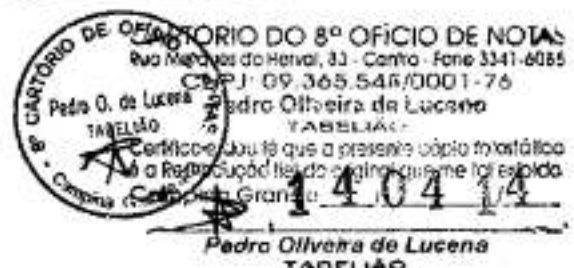
COMUNICANTE/1ª VÍTIMA: _____

2ª VÍTIMA: Inácia Rúbia Vilar

TESTEMUNHA: [assinatura]

TESTEMUNHA: Renato B. da Silva

ESCRIVÃO: [assinatura]





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, INÁCIA RÚBIA VILARRG nº 302.427, data de expedição 17/10/1974 órgão SSP/PB.CPF nº 204172334-37 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)	DEP. JADER MEDEIROS
Número	389
Apto / Complemento	
Bairro	CENTENÁRIO
Cidade	CAMPINA GRANDE
Estado	PARAÍBA
CEP	58.107.700
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE (PB), 14.05.2016Assinatura do Declarante: Inácia Rúbia Vilar
(INÁCIA RÚBIA VILAR)



000970 Rua Felício Cirne, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-370 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

01145391-5

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTOS E SERVIÇOS

CLIENTE		ENDEREÇO	
IZABEL BARBOSA DE SOUZA		RUA DEP JADIR NEDEIROS, 389	
CIDADE		CEP	
CAMPINA GRANDE		58107-700	
RESPONSÁVEL	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
	LIGADO	LIGADO	RESIDENCIAL
			COMERCIAL
			INDUSTRIAL
			PÚBLICO

LEITURA ATUAL	11
LEITURA ANTERIOR	1
CONSUMO DO MÊS (m³)	10
DATA DA LEITURA	8/04
DIAS DE CONSUMO	30
CONDIÇÃO DA LEITURA	PROJETADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO	MÉDIA
ANORMALIDADE DA LEITURA	FL
ANORMALIDADE DE CONSUMO	
DATA DA PRÓXIMA LEITURA	

QUALIDADE DA ÁGUA	
PARÂMETRO	VALOR MEDIDO
TURBIDIDADE	1,22
PH	7,63
ODM	3,84
CLORO	1,14
CONDIÇÃO GERAL	AUSENTE (*)

(*) Sistema que analisa 40 ou mais amostras por mês, aponta em 95% das amostras analisadas

PERÍODO	CONSUMO	ANORMALIDADE
OUT	11	-08
NOV	10	FL-00
DEZ	10	-32
JAN	9	-08
FEB	10	FL-00
MAR	10	FL-00
MÉDIA	10	

DADOS DO TIDRÔMETRO	
Número	1305000373
Data Instalação	24/03/2014
Marca	ACT
Instalação	EXT
Capacidade	1.5m³/h

DESCRIÇÃO	VALOR R\$
CONSUMO D'ÁGUA	24,49
ESGOTOS	19,50
JUROS DE MORA	0,01
ACRESCIM(ES)-RES(ES)-ANT	0,88
TOTAL A PAGAR	***** 44,97

REFERÊNCIA
ABR/2014

SUJEITO A CORTE APÓS 10 DIAS DO VENCIMENTO

VENCIMENTO
21/04/2014

GOV DO ESTADO ESTARÁ NA CAMPINA GRANDE, A 10 DE ABRIL, NO PARQUE D

DE SEGUROS
RECEBIDO
21 MAR 2014
SUJEITO A CONFERÊNCIA
ASSINATURA

IZABEL BARBOSA DE SOUZA
(MÃE DE INÁCIA RÚBIA
VILAN) - RG EM
ANEXO.

Dr. João Ferreira
Advogado - OAB-PB 6804

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR


1004



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional - CG prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **Inacia Rubia Vilar**, vítima de queda de moto, no dia 05 de fevereiro de 2014, na Av. Floriano Peixoto - Malvinas, aproximadamente às 07h13min, sendo a paciente encaminhada para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 12 de fevereiro de 2014.



Deocleio Francisco do Nascimento
Coordenador Administrativo

Associação Futura

R. Jorda Frederico - 389

GIÁ EXCELSON
DE SEGUROS
RECEBIDO
21 MAIO 2014
SUJEITO A CONFERÊNCIA
ASSINATURA

05244

04

Di. MPT (3h)

(4.45)

Normas de Seguros

Don + 1 mltu Baden

Frankel C (pr a dor)

Exn: 7a. GUTSCHO 1 e 1 p/bn

(ESTAB)

parten

Antip

Do. 2h

ET

CIA EMBELSION DE SEGUROS RECEBIDO
27 MAR 1984
SUJEITO A CONFERENCIA
ASSINATURA

Curso em curso

05/02/84

Infancia e infância

Infancia

em 18 ASIA ⑤

Infancia e infância

Infancia e infância

Infancia e infância

a ⑤ a 18/02/84

B. M. B. 0. 0. 0.

05

05

PACIENTE: INÁCIA RÚBIA VILAR

DATA DO EXAME: 05.02.2014

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Pulmões com transparência preservada.
- Mediastino e selos costofrênicos sem alterações.
- Área cardíaca de dimensões preservadas.

RADIOGRAFIA DE BACIA

- Traços de fraturas desalinhadas em ramos púbicos esquerdos.

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR

- Exame com qualidade técnica insatisfatória limitando a avaliação.
- Sinais de espondiloartrose lombar.

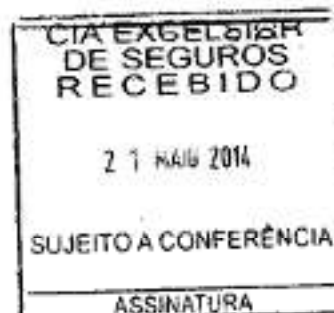
Dra. Catarina Aguiar
CRM/PB: 6278

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ralf Ramalho Cavalcanti
CRM/PB: 6320





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Inirina Luzia Vilan

foi atendido(às) hoje, às 12h (quinta e sexta)
horas, necessitando de 120 (quinta e sexta)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 572

Campina Grande, 05 / 02 / 14

Assinatura do Médico
CRM N°

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

GIA EMBELSTAR
DE SEGUROS
RECEBIDO

21 MAIO 2014

SUJEITO A CONFERÊNCIA

ASSINATURA

Paciente : INÁCIA RÚBIA VILAR
Data do Exame: 05.02.2014
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Exame realizado em caráter de urgência com emissão imediata do laudo

Técnica:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.


Indicação: Politrauma.

Análise:

- Parênquima cerebral com morfologia e atenuação preservadas.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano, de desvio de estruturas da linha média, de coleções extra-axiais, de calcificações patológicas ou de lesões hemorrágicas ou isquêmicas agudas intraparenquimatosas supra ou infratentoriais.
- Ausência de fraturas em ossos do crânio.

Conclusão:

- Aspecto tomográfico computadorizado crânio-encefálico dentro dos limites da normalidade.


Dr. Ralf Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

Paciente : INÁCIA RÚBIA VILAR

Data do Exame: 05.02.2014

Exame: Tomografia Computadorizada da bacia óssea

Exame realizado em caráter de urgência com emissão imediata do laudo


Técnica:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: Politrauma.

Análise:

- Traços de fraturas desalinhadas acometendo os ramos ileo-púbico e isquio-púbico esquerdos bem como acometendo a asa do ilíaco do mesmo lado estendendo-se à articulação sacro-ilíaca ipsilateral (vide reconstruções multiplanares e 3D).
- Aumento de volume associado à indefinição parcial dos contornos dos ventres dos músculos obturador interno, piriforme e glúteo mínimo esquerdos provavelmente relacionado a hematoma.
- Densificações adiposas na cavidade abdominal observando-se pequena coleção hipodensa pararretal à esquerda, medindo cerca de 3cm no seu maior eixo, provavelmente relacionada a hematoma.
- Sínfise púbica sem alterações.
- Cabeças femorais com esfericidade preservada. Segmentos visualizados dos fêmures proximais sem alterações.
- Bexiga urinária e alças intestinais visualizadas sem alterações tomográficas ao exame sem contraste.


Dr. Ralf Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Trânsito Rinsia

Lendo Médico

GIÁ EAGELSIGB
DE SEGUROS
RECEBIDO

21 MAIO 2014

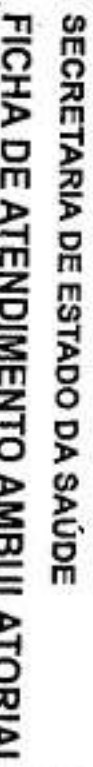
SUJEITO A CONFERÊNCIA

ASSINATURA

Declaro para os devidos fins
que a paciente acima citada vem
trazer um tratamento complementar
para fratura de sul pélvico, vítima
de acidente automobilístico no dia
05.02.14, necessitando de repouso
por 120 dias.

Data

1934
Elizandra Soares de Araújo
Médico
Otorrinolaringologista



ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CODIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ/CE: 08.778.288/0001-60
NOME: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
END: AV FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE ESTADO: PARAIBA

PROMPTUÁRIO Nº: 1080687

PACIENTE:

NOME: INACIA RUBIA VILLAR

SEXO: FEMININIDADE 59.0

PROFISSÃO: ENFERMEIRA/3321-54081 S.J

DOCUMENTO: 2015609929700041 2115

END.: RUA JADER MEDEIRO, 369

BAIRRO: CENTROINHA

MUNICIPIO: CALPIPIA GRANDE

DOI: 10.1002/cpe

DATA ATENDIMENTO: 11/03/2004 / 14:00

choigo do Milnicler.

RAÇA J COR:

ОБА НАПОМЕНЕ:

2000

1 - NASCIMENTO: 31/03/1955 () 2 - PRETÉRITO EXAMES
() 1 - BRUNO () 3 - PARDA
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA
() 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

RECIBIDO
DE SEGUROS
CIA EAGLE

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS

21 May 2004

RESULTADOS

SUJEITO A CONFERÊNCIA

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

ASSINATIIRA

DIAGNÓSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAG):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - URGÊNCIA:
- ☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 1. PRESCRITA
☒ 2. APLICADA
- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ RESIDENCIA
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ QUINTO
- ☐ INTE
- ☐ OUT

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO

CBO

DATA

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

ASS. DO PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL

OU POLLEGAR DIRE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO



for Q_{n-1} terms (30 days)
 $30 + 14 + \dots$
 \rightarrow for Q_n

RESULTADOS

[illegible]**MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS**

CLINICAL MEDICINE
"PRACTICE"

2. _____

4. $\text{Power} = \text{Energy} \times \text{Time}$

DIAGNÓSTICO / CID:
$$x_{\text{Qu}} \text{ bzw. } x_{\text{H}_2\text{O}} + x_{\text{TO}}$$

Dr. Friedman

CONSULTA ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTO

- TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - URGENCIA:
- ☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTER |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2. APLICADA | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> OUTR |

SERVIÇOS REALIZADOS:

DE SEGUROS

CODIGO / PROCEDIMIENTO

RECEBIDO

0360

INDEX

SOUTH AFRICAN CONFERENCE

ASS. DO(S) PROFESIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIRE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

PACIENTE: INÁCIA RUBIA VILAR
DATA DO EXAME: 05.03.2014
RADIOGRAFIA DE Pelve

- Fratura prévia do arco puboisquiático esquerdo, segundo marcação.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.


Dra. Catarina Aguiar
CRM/PB: 6278

Dra. Miriam
Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcelia
Farias CRM/PB
6550

Dr. Rafael
Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê
Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101





GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

(59401

Ficha de Acolhimento

Nome:	Tâmara Rêta Silva		
End.:	Rajader Medeiros nº 383	Bairro:	Centenario
Data de Nascimento:	31/03/55	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente de Pedra do Atend.: 05/02/14 Hora: 07:48 Documento:		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocrada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

MOD. 112

Estratificação

Amarelo

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura
Eliane
CARENHO SOU

Assinatura e carimbo do profissional

CIA EXCELIS DE SEGUROS RECEBIDO
21 MAR 2014
SUJEITO A CONFERÊNCIA
ASSINATURA

**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

Nome do(a) Examinado(a): **INACIA RUBIA VILAR** Sinistro: **2014390614** Data: **05/02/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua DEPUTADO JADER MEDEIROS, 389 - CENTENARIO - Campina Grande - PB - CEP 58423-528**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **302427**

Data local do exame: [**11/06/2014**] **Campina Grande** [**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 do anel pélvico. . Paciente com hipotrofia muscular importante no membro inferior esquerdo. Sem cicatrizes cirúrgicas. Sem déficit neurovascular. Marcha claudicante e sinal de trendelenburg positivo a 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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetida a tratamento conservador. Permaneceu 2 meses acamada. Iniciou fisioterapia há 10 dias.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] 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.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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 (*).

(**X**) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 120 dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.

Necessita concluir tratamento para posterior reavaliação.



Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014390614**Cidade:** Campina Grande**Natureza:** Invalidez**Vítima:** INACIA RUBIA
VILAR**Data do acidente:** 05/02/2014**Emissor do parecer:** Paulo Artur
de Araujo
Amorim**Seguradora:** CIA EXCELSIOR
DE SEGUROS**Prestadora:** AMORIM E MATTOS
SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 862711

PARECER

Data da análise: 31/05/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** TRAUMA NA REGIÃO PÉLVICA**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** PAULO**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014390614**Cidade:** Campina Grande**Natureza:** Invalidez**Vítima:** INACIA RUBIA VILAR**Data do acidente:** 05/02/2014**Emissor do parecer:** Igor da Silva Bonfim**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 5628

PARECER

Diagnóstico: Fratura do anel pélvico. .**Descrição do exame médico pericial:** Paciente com hipotrofia muscular importante no membro inferior esquerdo. Sem cicatrizes cirúrgicas. Sem déficit neuro vascular. Marcha claudicante e sinal de trendelemburg positivo a esquerda.**Resultados terapêuticos:** Submetida a tratamento conservador. Permaneceu 2 meses acamada. Iniciou fisioterapia há 10 dias.**Sequelas permanentes:****Sequelas :** Em tratamento**Data da perícia:** 11/06/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Ricardo Amorim Guedes Filho**UF do CRM do médico:** PB

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00