

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180363792      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA      **Data do acidente:** 11/02/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 1º METATARSO ESQUERDO.  
FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288037/18

**Número do Sinistro:** 3180363792

**Vítima:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

**CPF:** 745.319.134-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/02/2018

**Titular do CPF:** MARIA DO CARMO  
CARDOSO DA SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

RENATO LUNA DIAS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180363792      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA      **Data do acidente:** 11/02/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE METATARSO E 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECEM A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

---

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180363792

**Vitima:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

**Data do Acidente:** 11/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** FLAVIANA DA SILVA CAMARA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180363792**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência ilegível
- Documentos de identificação ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180363792

**Vitima:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

**Data do Acidente:** 11/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** FLAVIANA DA SILVA CAMARA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180363792**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180363792

**Vitima:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

**Data do Acidente:** 11/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** FLAVIANA DA SILVA CAMARA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180363792**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180363792**

**Vítima: MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

745319.134-34

Nome completo da vítima

Maria do Carmo Cordoso da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria do Carmo Cordoso da Silva	745319.134-34	Tempo doméstico
Endereço	Número	Complemento
Rua Ana Espíndola		Bloco, Apt. 101
Bairro	Estado	CEP
Ernesto Setúbal	PB	
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0036		9111	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Name: <b>COMPREV</b> NRO: <b>PREVIDÊNCIA S/A</b>			
AGENCIA NRO: <b>00018</b> D/V: <b>00018</b> CONTA NRO: <b>00018</b> D/V: <b>00018</b>			
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

 Maria do Carmo Cordoso da Silva  
 Local e Data:

Maria do Carmo Cordoso da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01417.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01417.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:28 horas do dia 26 de julho de 2018, 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 **Antônio da Silva Barbosa**, CPF nº 026.600.734-14, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Obras, filho(a) de Maria Cicera da Silva e Severino Barbosa de Assis, natural de Mari/PB, nascido(a) em 25/08/1971 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ana Espinola Navarro, Nº 191, complemento AP. 101, BC. 9 - RES. PARQUE FLÓRIDA, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Por Trás do Makro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98851-3436.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Sítio Engenho Velho, Ao Lado do Depósito do Carrefour, João Pessoa/PB, bairro Gramame/Engenho Velho; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 11/02/18 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia o CICLOMOTOR I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, VERMELHO, 2012/2013, PLACA QFM8398/PB, CHASSI LXYXCBL06D0519040, registrada em nome de JOÃO DA SILVA BARBOSA, onde na garupa estava sua companheira MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA (Brasileira, natural de Solânea, solteira, doméstica, filha de José Nunes da Silva e de Maria Cardoso da Silva, residente no mesmo endereço do noticiante, CPF: 745.319.134-34, tel. 98858-7876), quando foram trancados por um VEÍCULO CHEVROLET ÔNIX, PRETO, PLACA NÃO IDENTIFICADA e ao desviar acabou perdendo, batendo no meio-fio e caindo ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 19.04.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) em veículo particular; Que devido ao fato MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 25.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) em veículo particular; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

*Ribeiro*

*x Ribeiro 10 PC - Barbosa*



Procedimento Policial: 01417.01.2018.1.00.420

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

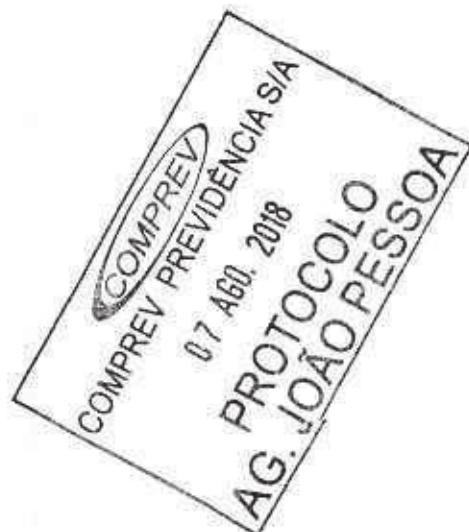
João Pessoa/PB, 26 de julho de 2018.

*Fábianna de Lima Bezerra*  
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigacao

*Antônio da Silva Barbosa*  
ANTÔNIO DA SILVA BARBOSA

Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria de Lourdes Cordeiro de Souza

CPF da Vítima

115.319.134-34

Data do Acidente

11/02/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

\_\_\_\_\_

CPF do Representante legal

Email

\_\_\_\_\_

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Maria de Lourdes Cordeiro de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1061986



## Identificação do paciente

D 1260415	Nome MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 12/08/1966	Idade 51 anos 5 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Protestante
Mãe MARIA CARDOSO DA SILVA				Pai JOSE NUNES DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) JEFFERSON HENRIQUE CARDOSO DA SILVA - FILHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530244	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2371401	Nº Cons		
Local de procedência COSTA E SILVA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SOLANEA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58080020	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Ana Espínola Navarro
Número 191	Complemento		Bairro Ernani Sátiro

## Admissão

Data e Hora 11/02/2018 19:09:28	Número da pulseira 1000006380402	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

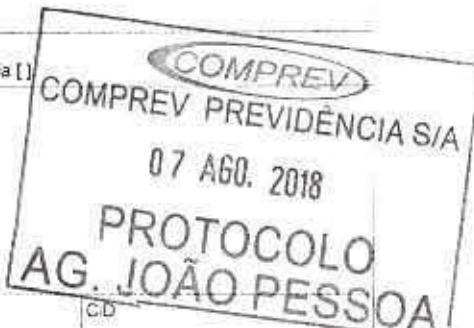
PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico	CD
Atendido por JULLYO CESAR FERREIRO DOS ANJOS	Tempo 52seg

Imprimir





ANA GLORIA DA SILVA CAMARA  
RUA DA REPUBLICA 380 - VARADOURO  
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG. 1)



Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica  
Roteiro: 007-0001-409-3140 0  
Nº do Medidor: 00008162616 Referência: JUN/18  
Emissão: 15/06/2018

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660  
CNPJ 09.095.123 / 0001-40 insc. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal/Nota de Energia Elétrica  
Nº 008.085.841

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



0800 083 0196

ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade		04/2018	Conjunto: Ilha do Bispo
LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)	
DIC MENSAL	4,25	0,02	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	9,91		CONTRATADA
DIC ANUAL	19,82		LIMITE INFERIOR
FIC MENSAL	3,23	0,00	LIMITE SUPERIOR
FIC TRIMESTRAL	6,47		
FIC ANUAL	13,0		
DNIC	2,77	0,00	
DCRI	12,22		

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DNIC: duração da maior interrupção de energia no período. DCRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia úteis, da maior interrupção de energia no período. DNIC: duração da interrupção individual ocorrida em dia úteis. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões desta unidade consumidora. Implicado direito à comunicação. F: direito do consumidor solicitar a quebra de termo, e execução dos indicadores de qualidade.

CANAL DE CONTATO

• Constatamos em nossos arquivos pagamento em duplicidade de fatura de energia elétrica. Estamos efetuando a devolução do valor pago a maior, conforme valores exibidos no Demonstrativo abaixo.

- 4/2018 R\$ 153,63

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 380

JOAO PESSOA

083650000000-2

INSC. EST: 00000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

ITEM	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA ELÉTRICA	51,26	22,45
COMPRA DE ENERGIA	74,47	33,70
SERVICOS DE TRANSMISSÃO	7,87	3,47
ENCARGOS DE SERVIÇOS	14,21	6,28
IMPÓSITOS DIRETOS E ENCARGOS	7,35	3,28
OUTROS DESPESAS	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>226,84</b>	<b>100,00</b>

Valor de consumo de 04/2018 de 226,84 R\$ (04/2018) - 4/2018

CONTA REFERENTE

ANTERIOR ATUAL

DATA LEITURA DATA LEITURA CONSUMO CONSUMO DIAS

15/05/18 5840 14/06/18 6222 1 342 30

JUN/18

APRESENTAÇÃO

20/06/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

16/07/2018

FATURAS EM ATRASO

28/05/2018 253,38

DEMONSTRATIVO

CCI: Código de Classificação do Item	Quantidade	Tarifa e Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$) PIS/COFINS (R\$) (0,9005%)	PIS (R\$) COFINS (R\$)		
0601 Consumo em kWh	252,000	0,72860	205,26	205,26	27	55,42	226,84	1,64	0,61
0601 Adic. B. Aparelhos			2,20	2,20	27	0,59	2,20	0,02	0,00
0601 Ad c. B. Vermelha			9,71	9,71	27	2,62	9,71	0,09	0,40
LANCAMENTOS E SERVIÇOS									
0807 CONTRIB SERVILUM PÚBLICA			9,77	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0890 PAGTO Duplicidade (1-1) 04/2018			-153,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item

Total:

73,11

217,17

56,63

217,17

1,65

9,00

ATENÇÃO

• REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima referenciada(s) permaneçam em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da dívida e suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento das faturas acima, desconsiderar essa mensagem.

Fatura sujeita a impugnação em órgãos de proteção ao crédito no caso de irregularmente. Leitura confirmada

Média últimos meses (kWh)

217

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

244	212	231	171	113	132	262	257	267	256	202	254
JUN/17	JUL/17	AGO/17	SET/17	OUT/17	NOV/17	DEZ/17	JAN/18	FEB/18	MAR/18	ABR/18	MAY/18

Reservado ao FISCO

cb39.4add.93c3.37f5.c133.8976.b9dd.2814

07/ABR/2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

83650000000-2 73110149000-1 02800122018-6 06300001019-7



DESPACHO

Paraíba

VENCIMENTO

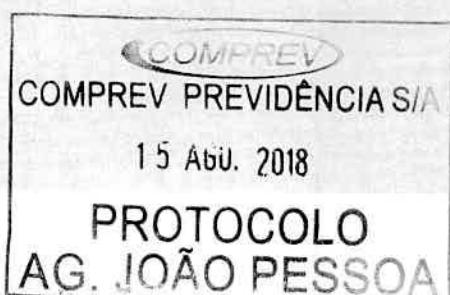
TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

27/06/2018

R\$ 73,11

280012-2018-06-3



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Floriana de Silveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624-69,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de Lourdes de Silveira inscrito  
(a) no CPF sob o N745.319.134-34,  
do sinistro de DPVAT cobertura 1 novidade,  
Maria de Lourdes de Silveira inscrito (a) no CPF sob o N745.319.134-34,  
da Vítima, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

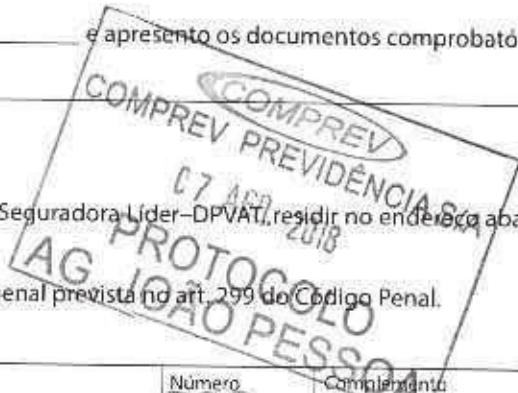
e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua da República	Número	598
Bairro	Centro	Cidade	João Pessoa
Email		Estado	PB
		Telefone comercial (DDD)	(83) 98873-0310
		Telefone celular (DDD)	58010-180



Local e Data

Floriana de Silveira  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João da Silva Barbosa

RG nº 1682255, data de expedição 07/01/1992  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 978.004.224-53, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Teresinha Ferreira de Lima, nº 14,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Mariado Gomes Cordeiro dos SIlva, cujo o condutor era  
Antônio da Silva Barbosa.

Veículo: Moto  
Modelo: Shineray XY 500 PHENIX

Ano: 2012

Placa: OFM 8398/PB

Chassi: LXX XCB L06D0519040

Data do Acidente: 11/02/18

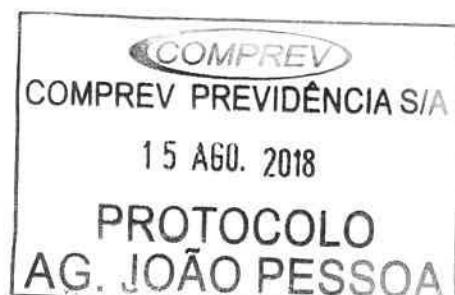
Local e Data: João Pessoa, 26/07/2018

João da Silva Barbosa

Assinatura do Declarante

Antônio da Silva Barbosa

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





25  
**CERTIDÃO**

Nº. 0887/2018

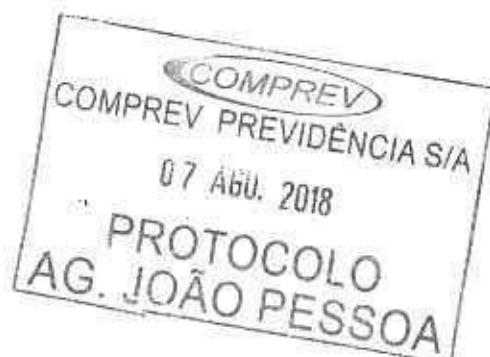
Atendendo solicitação de **MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº102107 e Prontuário nº 2018.02.001617, pertencentes a requerente que foi atendida dia 12/02/2018 às 00h11min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de 1º metatarso esquerdo. Alta médica dia 06/03/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Junho de 2018

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia  Transferido  Desistencia  UTI  
 Alta a pedido  Enfermaria  Obito:  Atestado  SVO  IML



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



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

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	12/08/66
NOME DA MÃE	MARIA CARDOSO DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.061.986
DATA DO ATENDIMENTO	11/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	19:09
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE METATARSO ESQUERDO + FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO
CID 10	S92.3 + S92.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em pé esquerdo, ferimento com exposição e perda óssea. Presença de fratura de ossos do metacarpo esquerdo e fratura de hálux esquerdo. Encaminhado para o Trauma de Mangabeira, conforme pontuação.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de pé esquerdo.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de metatarso esquerdo + fratura de hálux esquerdo.

### TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	11/02/18
DATA DA EMISSÃO:	25/05/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1061986



## Identificação do paciente

D 1260415	Nome MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 12/08/1966	Idade 51 anos 5 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Protestante
Mãe MARIA CARDOSO DA SILVA				Pai JOSE NUNES DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) JEFFERSON HENRIQUE CARDOSO DA SILVA - FILHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988530244	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2371401	Nº Cons		
Local de procedência COSTA E SILVA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SOLANEA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58080020	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Ana Espínola Navarro
Número 191	Complemento		Bairro Ernani Sátiro

## Admissão

Data e Hora 11/02/2018 19:09:28	Número da pulseira 1000006380402	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

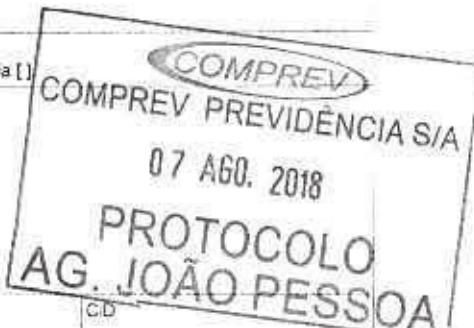
PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

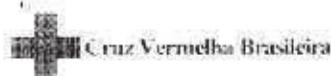
## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico	CD
Atendido por JULLYO CESAR FERREIRO DOS ANJOS	Tempo 52seg

Imprimir





## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA</b>	BAE 1061986	Data/Hora Entrada 11/02/2018 19:09:28	Data Baixa
Data de nascimento 12/08/1965	Idade 51	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988530244
Mãe <b>MARIA CARDOSO DA SILVA</b>			Prontuário
Endereço Ana Espinola Navarro, 191	Bairro Ernani Sátiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FELIPE TAVARES SENA	Nº Cons. Regional 5349/PB
Data/Hora Classificação 11/02/2018 19:09:28		Data/Hora Prescrição 11/02/2018 21:02:36	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 4 HORAS, TRAUMATIZANDO O PÉ ESQUERDO.

AO EXAME, TEM FERIMENTO NO ANTEPÉ ESQUERDO COM EXPOSIÇÃO E PERDA ÓSSEA.

RECEBERÁ OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS E SERÁ ENCAMINHADA AO CH MANGABEIRA - PACTUAÇÃO SES PB E SMS JP -, ONDE DARÁ CONTINUIDADE AO ATENDIMENTO E TRATAMENTO.

## MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSIM)

## CUIDADOS

### CURATIVO

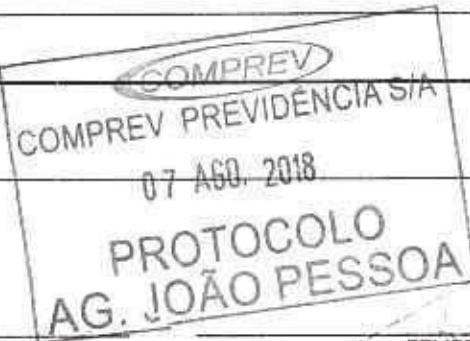
I- ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PACIENTE NECESSITA SER ENCAMINHADA EM CARÁTER DE URGÊNCIA AO CH MANGABEIRA)

## CID10

Código	Descrição
S92.3	Fratura de ossos do metatarso
S92.4	Fratura do hálux

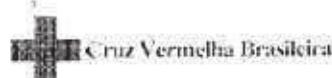
## Conduta

Alta médica



MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

FELIPE TAVARES SENA  
( 5349/PB)



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA</b>	BAE 1061986	Data/Hora Entrada 11/02/2018 19:09:28	Data Baixa
Data de nascimento 12/08/1966	Idade 51	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988530244
Mãe <b>MARIA CARDOSO DA SILVA</b>			
Endereço Ana Espinola Navarro, 191	Barrio Emaní Sátiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>IGOR NUNES DE SOUZA</b>	Nº Cons. Regional 5858/PB
Data/Hora Classificação 11/02/2018 19:09:28		Data/Hora Prescrição 11/02/2018 19:38:21	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO. REFERE TRAUMA EM PE ESQUERDO.

ESTAVEL CONSCIENTE E ORIENTADA.

ALTA DA CIRURGIA GERAL AO ORTOPEDISTA.

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

## CID10

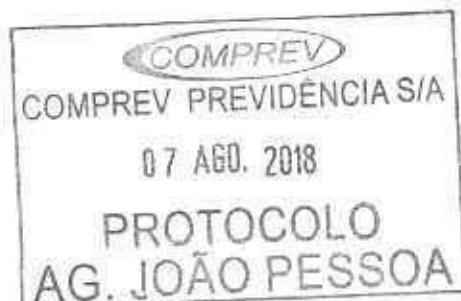
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação


  
IGOR NUNES DE SOUZA  
(CRM: 5858/PB)

MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA		Data de Nascimento 12/08/1966	Idade 51	Sexo FEMININO	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			
Convênio SUS		Matrícula			
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. In
1 CEFALOTINA 1G	1000,0	MG		E.V.	
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
3 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5,0	ML		INTRAMUSCULAR	
4 CURATIVO	0,0				
5 I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: PACIENTE NECESSITA SER ENCAMINHADA EM CARÁTER DE URGÊNCIA AO CH MANGABEIRA		

FELIPE TAVARES SENA  
CRM: 5349



PREScrição MÉDICA

Nome MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA		Data de Nascimento 12/08/1966	Idade 51	Sexo FEMININO
Motivo do Atendimento Convenio SUS		Enfermaria / Loito		
		Matrícula		
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso
1 CEFALOTINA 1G		1000.0	MG	
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)		2.0	ML	
3 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)		5.0	ML	
4 CURATIVO		0.0		
5 I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM		0.0		Observação: PACIENTE NECESSITA SER ENCAMINHADA EM CARÁTER DE URGÊNCIA AO CH MANGABEIRA

FELIPE TAVARES SENA  
CRM: 5349



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Flávia do Carmo Cordeiro Data da Admissão: 12/02/18  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
 QPD: Doenças gênero (E)  
 HDA: Fracassar 3 faltas 1º mtr (E)  
  
Dr. Victor  
Cravinhos

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

Interrogatório Sintomatológico:  
Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Regem: [ ]Prurido [ ]Sudorese  
 [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros  
Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
 [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
 [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Solução [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
 [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
 [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
 [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor \_\_\_\_\_

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

PC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura exposta 10 mm (6) cm + 26 de evolução*Conduta: *No local pr. Lito*

	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
07 AGO. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Atendimento: 201831113722

Data Nasc: 12/08/1966 - 51 anos

Paciente: MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

Data Exame: 11/02/2018

## RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

**Calcificações cutâneas em topografia do hálux e em borda lateral do quinto dedo.**

**Estruturas ósseas íntegras.**

\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 07/11/2018 17:09.

  
**Dr. Igor Motta de Aquino**  
CRM: 6512- PB

MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA  
12/08/1966  
ID: 000000055047  
Sex: Female  
51 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
Ac. Nb: 300001217272  
Acq.: 11/02/2018  
Acq.: 19:46:07.000508

10 cm



Frame: [1001] 1 / 2  
Zoom: 28,63%  
Window/Level: 1.023/511  
CR (1576x1976)

Series Nb: 1001

SAÚDE PREVIDÊNCIA S/A  
11 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
- A PESSOA

MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA  
12/08/1966  
ID: 000000055047  
Sex: Female  
51 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
Ac. Nb: 300001217272  
Acq.: 11/02/2018  
Acq.: 19:46:08.000749

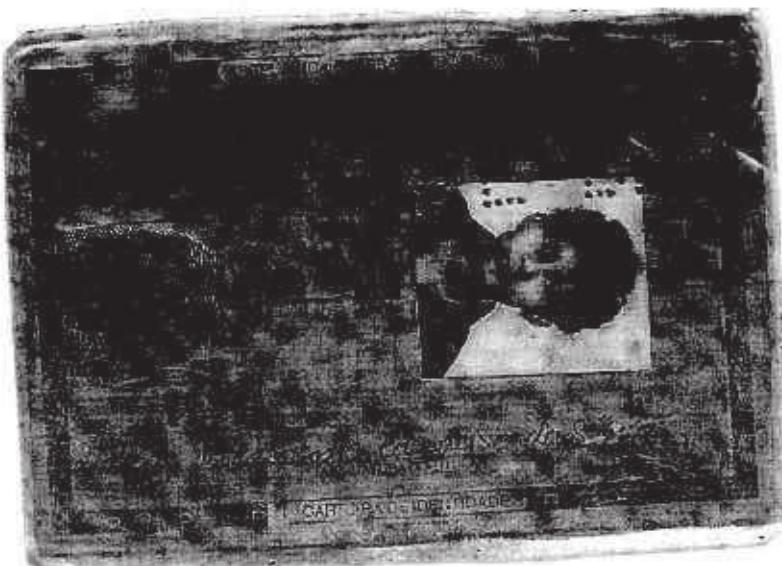
10 cm

Frame: [1002] 2 / 2 **E**  
Zoom: 25,5%  
Window/Level: 1.023/511  
CR (1770x2370)

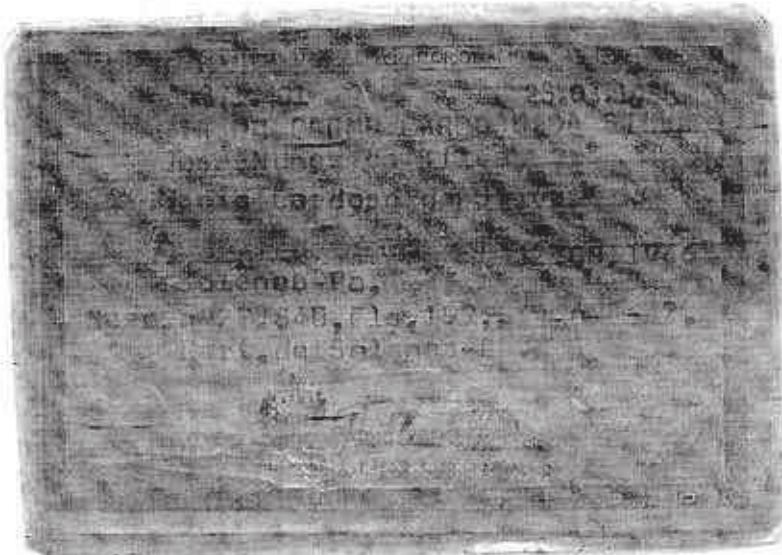
Series Nb: 1001

11 DEZ. 2018

PROTÓCOLO  
PESO



**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
07 AGO. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NAME  
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

Nome  
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA  
Ana Glória da Silva Camara  
MATERIAL  
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
15/02/1984  
CNPJ

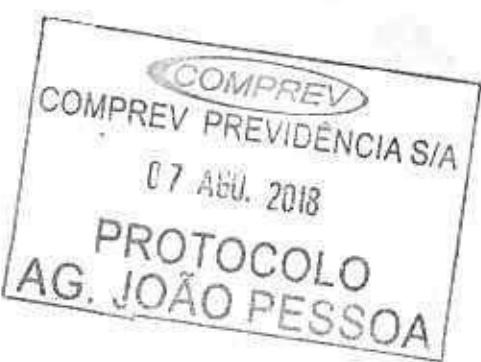
2671198 - GGPIPB  
PROFESSOR DE ÁREAS E TECNOLOGIA

066.079-624-69  
TIS  
EXPIRAÇÃO

SIM

JOSE MARIO PORTO JUNIOR  
ASSINATURA

01/12/2008







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180363792      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA      **Data do acidente:** 11/02/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.  
FRATURA DE HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

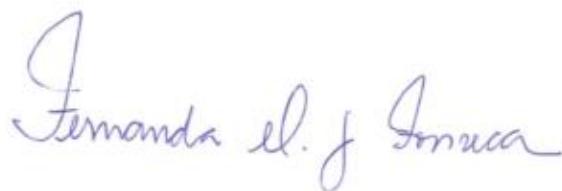
**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Maria do Carmo Cordero da Silveira  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Casada  
Identidade: 1.371.401  
CPF: 745 319.134-34  
Profissão: doméstica  
Endereço: R. Anna Grapinola, nº 41, Apt 101, Bl. 9 - Residencial Parque Florida, Bairro Erâmoni Sátiro  
CEP: 58010-180  
Telefone: (18) 98851-3436

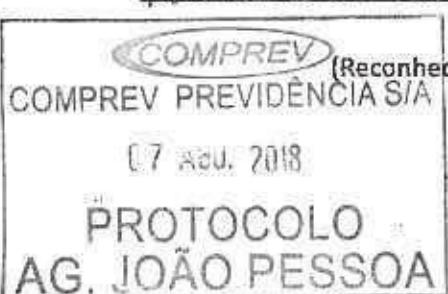
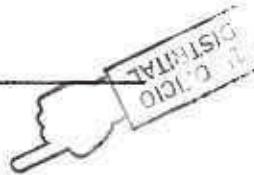
### OUTORGADO:

Nome: Flávia da Silva Jordana  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 2671190  
CPF: 048 079.624-69  
Profissão: advogada  
Endereço: R. da República, nº 399 Centro  
CEP: 58010-180  
Telefone: (18) 98873-0310

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Maria do Carmo Cordero da Silveira

João Pessoa, 26/07/2018

Local e data



Assinatura do OUTORGANTE



**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARIA DO CARMO  
CORDERO DA SILVA, [112382], J. Pessoa-PB, 26/07/2018  
15:45:17. Emol: R\$9,48 Farpen:R\$0,28 Fepis:R\$1,90,  
2559:R\$0,47. Em testi da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO  
BREITBURG SILVA. Data: 08/08/2018. ANO: 2018-08-08. Consulte em  
<http://celidatitular.titulardigital.com.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288037/18

**Número do Sinistro:** 3180363792

**Vítima:** MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

**CPF:** 745.319.134-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/02/2018

**Titular do CPF:** MARIA DO CARMO  
CARDOSO DA SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

---

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# 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: 17/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 00000091111-7

---

Nr. da Autenticação 1632BD553929EC92