

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# 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

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

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

**CPF de:** Próprio

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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** 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**

Vítima: **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**

Carta nº 13220967



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** 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 médico-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

Carta nº 13619733





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		Emp doméstica	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Ana Espíndola				Bloco 7, Apt 101	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Ermoni Seturo	João Pessoa	PB			
Email			Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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 type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b> (104)							
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0036		91111	7				
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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 Líder 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.

João Pessoa 31 de 07 de 2018  
Local e Data

X 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 Makrô, 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.**

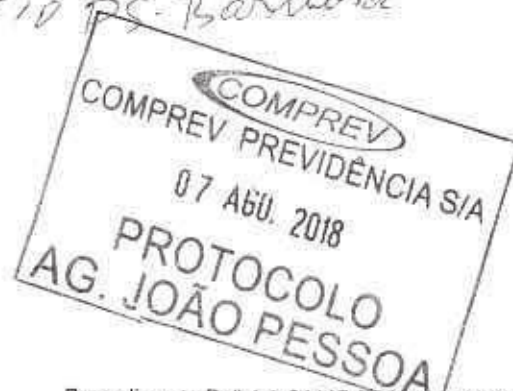
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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 truncados 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. GLENER TERCIO 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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

*Fabiana de Lima Bezerra*

*x Antônio da Silva Barbosa*

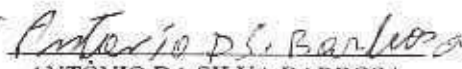


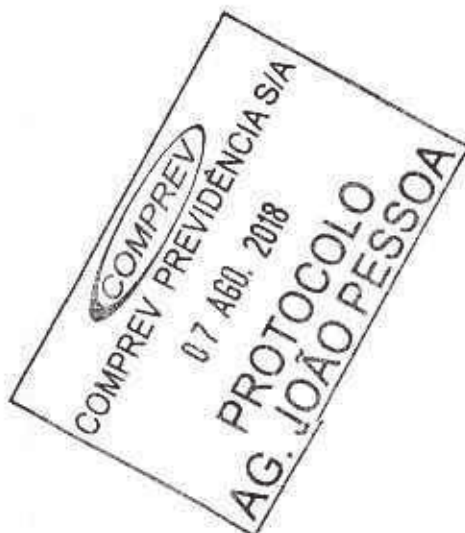
Procedimento Policial: 01417.01.2018.1.00.420



João Pessoa/PB, 26 de julho de 2018,

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
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 interdita 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 do Carmo Cardoso de Silva
 CPF da Vítima: 145.319.134-34
 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

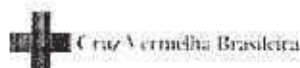
Maria do Carmo Cardoso de Silva de 07 de 2018  
 Local e Data



Maria do Carmo Cardoso de Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
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 Profissão
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 Cns
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 Emani 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

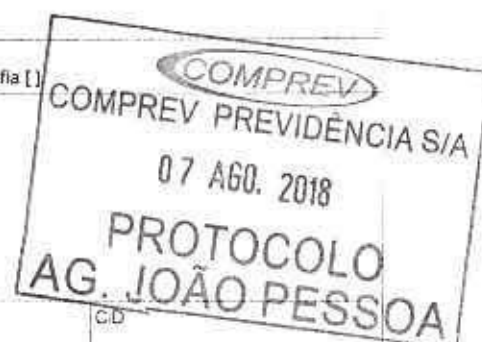
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA: _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
------------------------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por JULLYO CESAR FERREIRO DOS ANJOS						
Tempo 52seg						



Imprimir





Nota: gli STC della serie 4-EasyON NON POSSONO  
Essere usati automaticamente. Consultare il 79

Jul / 2018	23/07/2018	22/08/2018	298.007,3414
------------	------------	------------	--------------

5/1838697-92

Sex	Leisure	Sex	Leisure
Female	100	Male	100

[illegible]

CO2 Gas as per Chemical analysis	TOTAL	110.82	105.73	28.58	105.70	1.14	5.29
----------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

30/07/2018 R\$ 119,02

01	112	107	134	131	117	143	122	128	141	141	130
Jan17	Apr17	Oct17	Dec17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	Mar18	Jun18

RESERVADO AO FISCO  
8ba6.bcbf.19e2.0ad5.3af9.18b8.0824.3956

Compartilhado da Companhia			
Discriminação	Valor (R\$)	%	
Despesas de Jari da Empresa P/B	24,89	20,51	
Contribuição de Jari	43,80	35,36	
Despesa de Transportes	8,73	7,12	
Despesas Gerais	0,82	0,67	
Despesas de Cargas e Embarques	26,21	21,25	
Outras Despesas	0,00	0,00	
<b>Total</b>	<b>110,62</b>	<b>100,00</b>	

09/27/2018 16:45:27

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



ANA GLORIA DA SILVA CAMARA  
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO  
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Dr 250, Km 25 - Crista Redentora - João Pessoa / PB - CEP 58071-660  
CNPJ 09.295.133 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica  
NF 008.085.841

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

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

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\$ 153,83

Indicadores de Qualidade: 04/2018 Conjunto: Ilha do Bispo

	LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	4,65	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	9,91		CONTRATADA
DIC ANUAL	19,82		LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,23	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	6,47		
FIC ANUAL	13,0	0,00	
DMIC	2,77		
DMIC	12,22		

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões desta unidade consumidora implicarão direito à compensação. F: direito do consumidor solicitar a qualificação dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA  
RUA DA REPUBLICA 390  
JOAO PESSOA  
CNPJ/CPF: 0406352081400  
INSC. EST: 000000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA SADA	51,20	72,50
CONTA DE ENERGIA	74,21	100,00
SERVIÇO DE TRANSFERÊNCIA	7,50	10,40
ENCARGOS SETORIAIS	14,21	19,78
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	7,95	10,91
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	226,84	100,00

\* Valor do Serviço de Uso do Sistema de Distribuição (SUS) 04/2018: R\$ 0,00

CONTA REFERENTE A:

JUN/18

ANTERIOR	ATUAL
DATA	DATA
15/05/18	14/06/18
5840	6222
	1
	202
	30

APRESENTAÇÃO

20/06/2018

DATA PREVISTA DA PROXIMA LEITURA

16/07/2018

FATURAS EM ATRASO

28/05/2018 203,39

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa e Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (0,65%)	COFINS (R\$) (4,1484%)
0001	Consumo em kWh	262,000	0,727860	209,78	209,78	27	56,92	209,78	1,36	8,61
0001	Adic. B. Antena			2,20	2,20	27	0,59	2,20	0,02	0,09
0001	Adic. B. Vermelho			9,71	9,71	27	2,62	9,71	0,06	0,40
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			9,77	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	PAGTO. DUPLICIDADE (L-1) 04/2018			-153,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	Total:	73,11	217,57	56,93	217,57	1,85	9,00
--------------------------------------	--------	-------	--------	-------	--------	------	------

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/07/2018. Conforme Resolução 114 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida 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 da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Leitura confirmada.

Média últimos meses (kWh)

217

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

244	212	201	173	113	130	262	257	297	256	200	254
JUN/17	JUL/17	AGO/17	SET/17	OUT/17	NOV/17	DEZ/17	JAN/18	FEB/18	MAR/18	ABR/18	MAI/18

Reservado ao FISCO

cb39.4add.93c3.37f5.c133.8976.b9dd.23d1



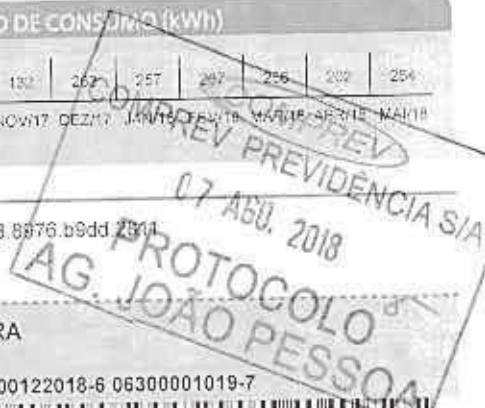
Paraíba

VENCIMENTO 27/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 73,11 MATRÍCULA 280012-2018-06-3

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

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





[illegible]

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviane da Silva Gomes Inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624/69  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcos do Carmo Cordão de Silva Inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 745.319.134/34 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima  
Marcos do Carmo Cordão de Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 745.319.134/34, 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 <u>Rua da República</u>		Número <u>398</u>	Complemento _____
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 98873-0310</u>	
		Telefone celular (DDD) _____	


João Pessoa de 08 de 2018  
Local e Data

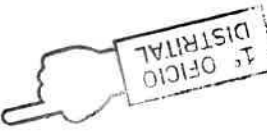
Flaviane da Silva Gomes  
Assinatura do Declarante

## 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 residu na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Teresinha Ferreira de Lima, nº 14,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Moriado como Condor do Silva cujo o condutor era  
Antonio da Silva Barbosa.

Veículo: Moto  
Modelo: Shineray XY 506 P HOENIX  
Ano: 2012  
Placa: OFM 8398/PB  
Chassi: LXXXCBL06DP519040  
Data do Acidente: 11/02/18  
Local e Data: João Pessoa, 26/07/2018

João da Silva Barbosa   
Assinatura do Declarante

Antonio D. Barbosa   
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOÃO DA SILVA BARBOSA, [74527], J.Pessoa-PB, 26/07/2018 15:28:44  
Emol R\$9,48 Farpen:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COMO PEREIRA SILVA.  
Selo Digital AHG69034-VI5B Consulte em Cartório Celeida  
<https://selodigital.tpb.jus.br>

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de ANTONIO DA SILVA BARBOSA, [80965], J.Pessoa-PB, 26/07/2018 15:35:06 Emol R\$9,48 Farpen:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AHG69039-DJ02 Consulte em Cartório Celeida  
<https://selodigital.tpb.jus.br>

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





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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Junho de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 102107 Atd: Nao Regulado  
Data: 12/02/2018  
Hora: 00:11:06  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE  
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.02.001617

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1371401 Fone: 988530244

Natural: SOLANEA/PB Data Nasc.: 12/08/1966 Id: 51 ano(s)

End.: RUA ANA ESPINOLA NAVARRO, 191

Bairro: ERNANI SATIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA CARDOSO DA SILVA

Pai: JOSE NUNES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DOMESTICA (EMPREGADA)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

Tel. c. Responsavel: 988530244 / IDENTIDADE: 1371401

End. de origem: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO HJ AS

Vitima de violência por: 16:00, EM ENGENHO VELHO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

DE MOTO. TRAUMA EM PE ESQUERDO.

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEETSHL, CONFORME  
FACTUACAO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

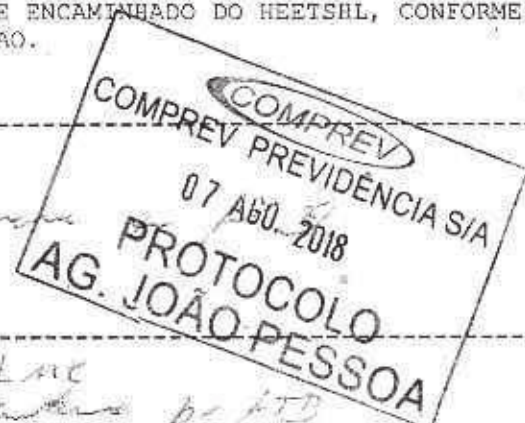
*Integridade da pele e do osso do membro  
com fratura exposta da região do antebraço*

Diagnostico

[ ] Conduta + Lnc

Prescrição

[ ] Horário da medicacao



*Dr. Vitor  
Wagner*



-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

-----  
Assinatura da Enfermagem  
-----

-----  
Reservado p/ liberacao  
-----

-----  
PROCEDIMENTO REALIZADO  
-----

-----  
DESTINO DO PACIENTE  
-----

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML



-----  
*Assinatura do Paciente/Responsavel*  
-----

-----  
Assinatura e Carimbo do Medico  
-----





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 pactuação.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de pé esquerdo.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de metatarso esquerdo + fratura de hálux esquerdo.

### TRATAMENTO:

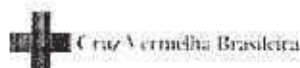
Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
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 Profissão
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 Cns
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 Emani 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

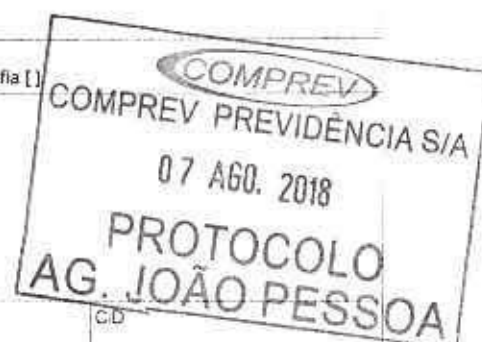
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA: _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
------------------------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por JULLYO CESAR FERREIRO DOS ANJOS						
Tempo 52seg						



Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA</b>	BAE 1061936	Data/Hora Entrada 11/02/2018 19:09:28	Data Baixa
Data de nascimento 12/08/1966	Idade 51	Sexo Feminino	CNS
Mão <b>MARIA CARDOSO DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 988530244
Endereço <b>Ana Espínola Navarro, 191</b>	Bairro <b>Ermani Sátiro</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FELIPE TAVARES SENA</b>	Nº Cons. Regional 5349/PB
Data/Hora Classificação 11/02/2018 19:09:28		Data/Hora Prescrição 11/02/2018 21:02:36	
Convênio <b>SUS</b>	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 (MGTSM)

## CUIDADOS

## CURATIVO

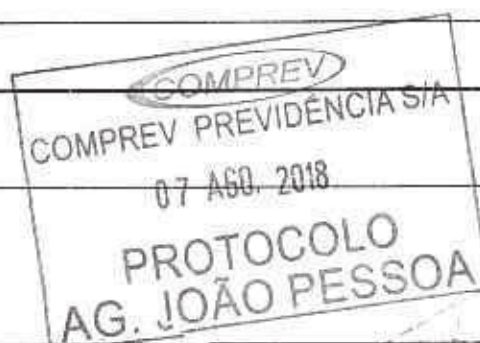
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PACIENTE NECESSITA SER ENCAMINHADA EM CARÁTER DE URGÊNCIA AO CH MANGABEIRA)

## 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)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

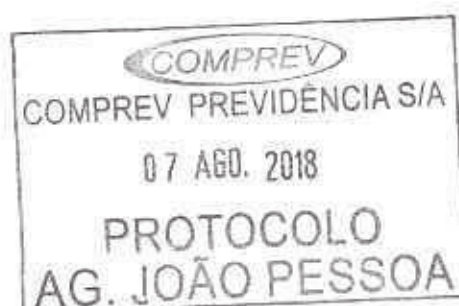
## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

IGOR NUNES DE SOUZA  
(CRM: 5358/PB)





Cruz Vermelha  
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Idade	Sexo
MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA		12/08/1966		51	FEMININO
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			Valor
					11/
Convênio				Matrícula	
SUS					

	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		INTRAMUSCUL AR	
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		Data de Nascimento		Idade	Sexo
MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA		12/08/1966		51	FEMININO
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			
Convenio		Matricula			
SUS					
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc.
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		E.V.	
4 CURATIVO	0.0			INTRAMUSCULAR	
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: Marcelo do Carmo Leão 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: Doença de pele (E)

HDA: Fratura de fêmur 1º MT (E)

Dr. Victor  
Ortop

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

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

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia [ ] Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

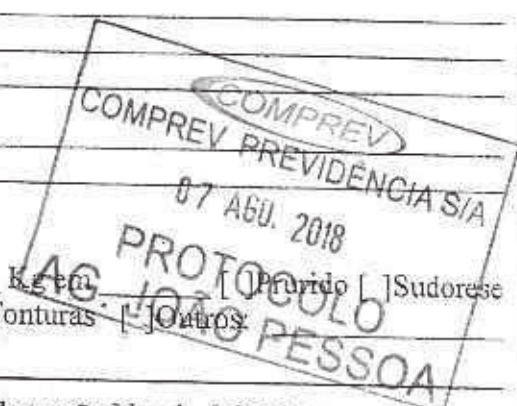
**AR e ACV:** [ ] Dor [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema [ ] Outros: \_\_\_\_\_

**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-reposou [ ] 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  
FC = \_\_\_\_\_ 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 de pé 10 mm (6) com + 76 de envergadura*

Conduta: *At. local p/ Linc*

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



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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

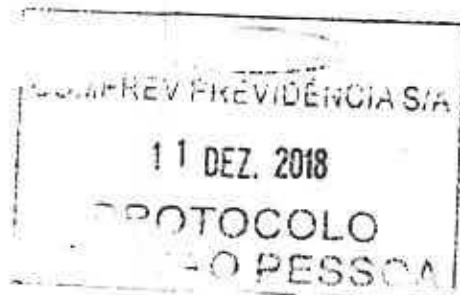
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
Ac. Nb: 300001217272  
Acq.: 11/02/2018  
Acq.: 19:46:07.000508

10 cm

E

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

Series Nb: 1001



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

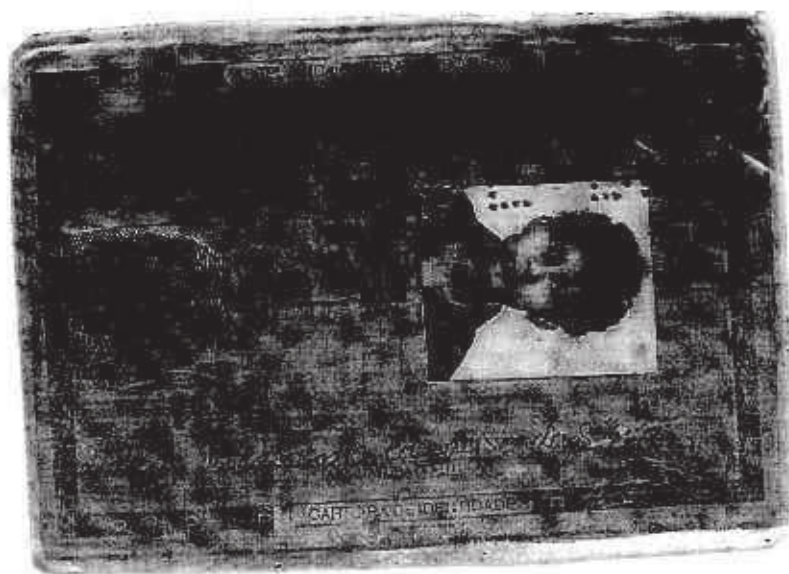
CR (1770x2370)

Series Nb: 1001

COMPREV PREVID

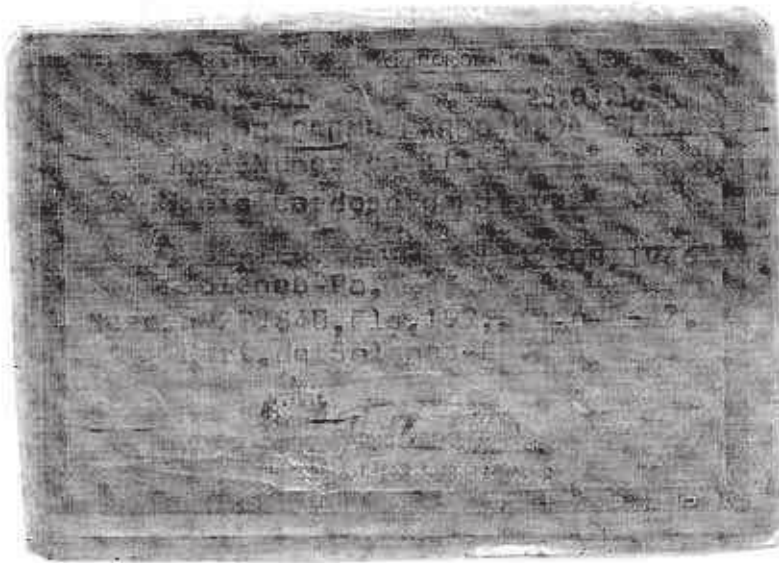
11 DEZ. 2018

PROTOCOL  
PES



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





**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
**CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA**  
**IDENTIDADE DE ADVOGADO**

**NOME**  
 FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

**PROFISSÃO**  
 CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA  
 ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

**INSCRIÇÃO**  
 JOÃO PESSOA-FE

**DATA DE NASCIMENTO**  
 15/08/1984

**CPF**  
 046.079.624-89

**DATA DE EXERCÍCIO**  
 01/12/2008

**RESERVAÇÃO**

**ASSINATURA**  
 JOSE NUNO PORTO JÚNIOR

**RECEBIDO**  
 14640

**TEM RE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL** 07841734

**USO RESERVAÇÃO**  
 IDENTIDADE CIVIL PARA TOSCA OR FINS LEGIS  
 (Art. 13, § 1º, IV, Lei 6.029/74)

**RETRATO**

**ASSINATURA**  
 Flávia da Silva Câmara

**RESENEÇÃO**

**RECEBIDO**

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



*Maria do Carmo P. da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.371.401 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/06/2018

NOME MARIA DO CARMO CARDOSO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ NUNES DA SILVA MARIA CARDOSO DA SILVA

NATURALIDADE SOLÂNEA-PB DATA DE NASCIMENTO 12/08/1966

DOG. ORIGEM CERT. NASC. Nº27840 - LIV. A-42 - FLS. 199 - CARTORIO SOLÂNEA - PB

CPF 745.319.134-34

João Pessoa - PB

Assessoria Jurídica

LEI Nº 4.719 DE 29/08/83

B+

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Fernanda C. G. Fonseca*

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

[Preencher com letras de forma legível e sem rasuras]

### OUTORGANTE:

Nome: Maria do Carmo Cordoso da Silva  
Nacionalidade: brasileira  
Estado Civil: casada  
Identidade: 1.371.401  
CPF: 745.319.134-34  
Profissão: doméstica  
Endereço: R. Ana Espinola, nº91, Apt 101, Bl. 9 - Residencial  
CEP: Parque Florida, Bairro Emerico Siqueira  
Telefone: (11) 98851-3436

### OUTORGADO:

Nome: Flaviana da Silva Damara  
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: (83) 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 pericia 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 Cordoso da Silva

João Pessoa, 26/07/2018

Local e data

Maria do Carmo Cordoso da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)





# 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

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

**CPF de:** Próprio

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

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: 000000091111-7

---

Nr. da Autenticação 1632BD553929EC92