

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MIRIAM MARIA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180436261
Vitima: MIRIAM MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 27/09/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180436261**.

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, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MIRIAM MARIA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180436261
Vitima: MIRIAM MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 27/09/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180436261**, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180436261

Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 27/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIRIAM MARIA DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180436261 **Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: 27/09/2015 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MIRIAM MARIA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: MIRIAM MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000016864-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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

Nome completo da vítima

19 SET. 2018

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Miriam Maria da Silva	692.363.214-53	
Endereço	Número	Complemento
Rua Joaquim José Joaquim da Silva	51N	
Bairro	Cidade	Estado
Jardim Veneza	Jaríz Peres	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
Toturssololica.10@gmail.com	58800-000	83 3222-1088

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 type="checkbox"/> RECUSO 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 |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0036	015	16564	3

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(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.

miriam maria da Silva, 14 de setembro de 2018

Local e Data

** miriam maria da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL

Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB, CEP: 58076-005

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3519/2015

Aos vinte e oito dias do mês de outubro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo Policial Civil de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 12:10h, compareceu o (a) Senhor (a): **MIRIAM MARIA DA SILVA**, brasileira, natural de Carpina/PE, viúva, com 51 anos de idade, autônoma, ensino fundamental incompleto, filha de Manoel Severino da Silva e de Maria das Dores da Silva, RG 1.371.705-2^avia-SSP/PB, residente na Rua Comerciante José Joaquim da Silva, Qd. C, Lt. 4, Jd. Veneza, João Pessoa/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE no dia 27/09/15, por volta das 15:40h, ao sair de seu trabalho da Feira de Oitizeiro, no bairro de Cruz das Armas, nesta, quando foi atravessar a referida avenida foi atropelada por uma motocicleta não identificada; QUE o motociclista não caiu da motocicleta e evadiu-se do local; QUE pessoas do local vieram a seu socorro; QUE devido ao fato veio a sofrer lesão em mão direita, entorse de quadril e de pé esquerdo, sendo admitida no Pronto Socorro Central de Fraturas no dia 29/09/15, por volta das 08:47h, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 28 de outubro de 2015.

Miriam Maria da Silva
Notificante

Fábio Henrique
Policial Civil

Serviço Registral Alcântara Brito

Av. Cruz das Armas, 499

A U T E N T I C A Ç Ã O

Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
João Pessoa, 17 de agosto de 2016.

Em testo Maricélia da Silva Luz da verdade
Maricélia da Silva Luz - Escrevente autorizada

* Selos: AND35532-6SVK *

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

Maricélia da Silva Luz
Escrevente Autorizada



LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Sanidade física

Data do exame: 22/11/2016 Hora do exame: 00:00

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos. nº da Solicitação: 388/2016 Autoridade
Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA , 51anos, sexo: feminino, Raça/cor: parda, filho(a) de: Manoel Severino da Silva e de: Maria das Dores da Silva , Estado civil: viúvo(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Carpina/PE. Profissão: autônomo(a).

HISTÓRICO: refere que foi vítima de atropelamento no dia 27/09/2015, por volta das 15:40 horas, na Avenida Cruz das Armas.

DESCRIÇÃO: A examinada apresenta flexo vicioso na falange distal do 5º quirodáctilo direito. Movimentos de flexão dos quirodáctilos dentro da normalidade assim como também a força de preensão da mão direita.

QUESITOS:

- 1) O paciente acha-se curado das ofensas físicas recebidas? SIM.
- 2) No caso negativo, quantos dias mais serão necessário para sua completa cura? PREJUDICADO.
- 3) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 4) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 6) Resultou deformidade permanente? SIM, DISCRETA DEFORMIDADE PERMANENTE POR FLEXO VICIOSO DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.


Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB





CentralFraturas

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

FICHA DO PACIENTE

Recep.: NAVILLA

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

Nasc.: 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Sexo: FEMININO Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO

End.: Q C L 4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 29/09/2015

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO: lesão tendão extensor do dedo médio
+ entorse do quadril D extense da cubito D
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO: rebaixo da pel + o quadril
entorse do cubito D extense + rebaixo
do dedo médio

TRATAMENTO REALIZADO:

14/09/15 - Rx nártex da pel + lura +
revisão em fratura + lesão tendão extensor
do quinto dedo D

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: 09/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIRIAM MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000016864-3

Nr. da Autenticação 24A3B99F26A49834



**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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 Jessara Teófanes Souza Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 000 855.284 / 98 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leônio Teófanes Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 692 363.141 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Leônio Teófanes Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 692 363.141 / 53, 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		Número	Complemento
<u>RJ Jardim no Chão</u>		<u>573</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Jaciara</u>	<u>PB</u>	<u>58013-520</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Teofanesjessara@hotmail.com</u>	<u>83 3222-1088</u>		

Jaciara, 14 de setembro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante
Jessara Teófanes Souza
ADVOGADA
OAB-PB 12519





PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS
C.N.P.J.: 08682890000170

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

FICHA DO PACIENTE

Recep.: NAVILLA

Prontuário: 207174

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

Nasc.. 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Profissão: D.O.I.

CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

PAI: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Mae: MARIA DAS DORES DA GIEVA
Sexo: FEMININO Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO

Sexo: FEMININO Cor: BRANCA
Ed.: 0,014 Bairro: JARDIM VENEZA

THEORY AND PRACTICE

EN... QUE

250750 Fone: 987813608

Clase: 3000-1

Convenio 303-SECRETARIA

HISTÓRIA DO CASO

EXAME OBJETIVO



DIAGNÓSTICO CLÍNICO: lesão tímida exterior ao mas
+ entre as quadris + entre as nádegas
+ fronteira do halter.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO: ~~re seudo~~ Tercer del fémur quadril
en S y ~~re~~ do subl. ~~ext~~ Rx pie + re de
~~re seudo~~ ~~ext~~

TRATAMENTO REALIZADO:

14 Feb 85 - X-rayed upper & lower +
revealed fracture + bone tends to extension
so microfractures +



Central Fraturas
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ficha no 207174

2) Maria Lucia

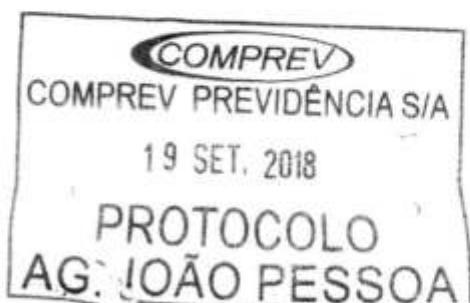
Paciente admitida neste serviço
após atropelamento por uma
moto (sic) com lesão de tendão et -
tendo 26/53 queirofástico D + extenso
de quadril e de pé E. O 2º queiro-
fástico apresentou também fratura
de alça do calo.

João Pessoa, 28/10/15

Flávio

MATRIZ
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

Dr. Edson Marques da Nobrega
- P.F. 044.943.894-20 CRM: 0689
Ortopedia e Traumatologia





SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Mr. maior Moreira da
Brasil

DATA: 20/09/2019

Numero 106

Asete co-dore
odore e fome
dos fumos dos festejos
de corde de festejo
Amor de Moreira
e unica Moreira
Arts plástica festejo
Se pede copo de
Vie Hoff P. Moreira
P. Moreira
ID. MHS

Assinatura e Carimbo

181018





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Maria da Conceição

Alves

Isento de diluição
Porto norte de sete de
de outubro. Apresentava-se
febre de 38°C.
Sopro de latido
de fundo e
sopro de IPD
de 6.000.
Sopro vesicular
010 5626

Assinatura e Cachorro

1811218



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

HOME

NAME Merriam Nease
class the 11th

1000 900

④ ~~Abgas control~~
1cx

Jameson

5 years due

1306

2010

Assinatura e Carimbo

181018



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME Castanha

Castanha para ex-
clauder que que
minha moça de
Sírie e- prestadora
de prevenção contra
diseases, contudo, actual
está espalhado, e volum
de com sintomas
dolors, ocorrências
principais que
Anos: em no min. 0.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME

concluído que
que trouxe-me
que este é o que
por um protocolo 3
(comunicação).

CID = M 17.0.

Dra. Nélia Nery de L. Freire
Médico
CRM 3477

8/2/18

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PREFEITURA DE
**JOÃO
PESSOA**
PRA VIVER MELHOR



Sistema
Único
de Saúde

Unidade de Atendimento
CAIS JAGUARIBE
Centro de Atenção Integral à Saúde
Av. Alberto de Brito, s/n - Jaguaribe
CNPJ: 08.806.754/0001-45
CEP 58015-520

Mesmo com
tudo mais
de 100000
fotos e
seu profissional
e 07.0

LR 20/07/2016

Dr. José Gutenberg Cruz de Lima

TRAUMATO - ORTOPECIA
CRM 1738 - CRF 11/536.956/50
Maior 3570-1750

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARMBO
2ª via - unidade de saúde

Melhor sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Térreo/João Pessoa-PB - Fone: (03) 3214.7922
1ª via-usuário 2ª via-unidade de saúde



PREFEITURA DE
**JOÃO
PESSOA**
PRA VIVER MELHOR



Sistema
Único
de Saúde

Unidade de Atendimento
CAIS JAGUARIBE
Centro de Atenção Integral à Saúde
Av. Alberto de Brito, s/n - Jaguaribe
CNPJ: 08.806.754/0001-45
REBERTSBARLO

Minha opinião
é

lendo orelhas
paciente pro-
dor e certos
de ambos os
filhos gran-
de destruição
em casa. A

Dr. José Gutenberg Cruz de Lima

TRAUMATO - ORTOPECIA
CRM 1738 - CRF 11/536.956/50
Maior 3570-1750

Melhor sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Térreo/João Pessoa-PB - Fone: (03) 3214.7922

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PESO
PFSS A



Sistema Único de Saúde
Cais Jaguaripe

Unidade de Atendimento Integrada à Saúde
Av. Alberto de Britto, 511 - Jaguaripe
Unidade de Atendimento Tel. 3214-3425 / 3714-2711

RECEITARIO

Coletânea de fotos
não foram feitas
de consentimento
informado.

012 17120

JOÃO PESSOA A.C. SUS
28100-000 - Atend. Integrada à Saúde
Av. Alberto de Britto, 511 - Jaguaripe
Unidade de Atendimento Tel. 3214-3425 / 3714-2711

RECEITARIO

Manoel Góes
S. L.

Manoel Góes ()
Sociedade Civil
querida presidente
e protocolo
ainda aprovado
de fotos e ação
Dr. José Guteemberg Cruz de Lima

Meilleur seu filha: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre/Julio Passos/pB - Fone: (83) 3214-7922
1º via-protocolo
2º via-unidade de saúde

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARMIM
2º via - unidade de saúde

Dr. José Guteemberg Cruz de Lima
Assinatura do profissional com carimbo
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre/Julio Passos/pB - Fone: (83) 3214-7922
1º via-protocolo
2º via-unidade de saúde

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RECEITUARIO

7700-8000 ft
S. L. M.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MIRIAM MARIA DA SILVA 2175013
DENSITOMETRIA ÓSSEA DA COLUNA E FÉMUR
DR. BRAULIO CAVALCANTI MELO

CEDRUL CENTRO
SUS
18/08/2016

RESULTADO POR REGIÕES DA DENSITOMETRIA

COLUNA VERTEBRAL:	Normal. (-0,9 DP)
COLO DO FÉMUR:	Normal. (-0,3 DP)
TRIÂNGULO DE WARD:	Massa óssea diminuída. (-1,9 DP)
TROCÂNTER:	Normal. (-0,5 DP)
FÉMUR TOTAL:	Normal. (-0,8 DP)

OBSERVAÇÕES

DEFINIÇÃO DE OSTEOPOROSE:

Osteoporose é definida como um estado de redução da massa óssea por unidade de volume com proporções normais de matriz óssea e minerais. Esta condição não é uma entidade nosológica única, e sim um estado patológico que pode resultar de vários distúrbios da homeostase do tecido ósseo.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

- I. Normal – Densidade óssea acima de -1 desvio padrão (DP) com relação ao adulto jovem*.
- II. Massa Óssea Diminuída – Densidade mineral óssea entre -1DP e -2,4DP em relação ao adulto jovem. Usa-se o termo osteopenia para descrever a existência deste grau de redução da massa óssea na ausência de sinais e sintomas decorrentes de osteoporose (**Sinônimo: osteopenia**).
- III. Osteoporose – Densidade mineral óssea inferior a -2,4 DP em relação ao adulto jovem.

* (Pico de massa óssea)

INTERPRETAÇÃO: (A) Em relação ao pico de massa óssea (adulto jovem): Ver classificação acima. (B) Em relação aos referenciais para a faixa etária: São normais: colo do fêmur (+0,1 DP), trocânter (-0,6 DP) e fêmur total (-0,6 DP). Acima do limite superior da normalidade a coluna vertebral (+1,1 DP). Há desmineralização importante no T. de Ward (-1,2 DP).

Dr. Sertório Dantas Carneiro
CRM 2178

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Este é um exame complementar, e como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação e decisão.
Pag 1 de 2.

www.cedrul.com.br | cedrul@cedrul.com.br

Tambauzinho - Av. Ruy Carneiro, 283 - Fone: (83) 3227.1500 - João Pessoa
Centro - Av. Camilo de Holanda, 52 - Fone: (83) 3214.5151 - João Pessoa
Bancários - Rua Sérgio Guerra, 176 - Fone: (83) 3214.5700 - João Pessoa



MIRIAM MARIA DA SILVA 2175013
 DENSITOMETRIA ÓSSEA DA COLUNA E FÉMUR
 DR. BRAULIO CAVALCANTI MELO

CEDRUL CENTRO
 SUS
 18/08/2016

RESULTADO POR REGIÕES

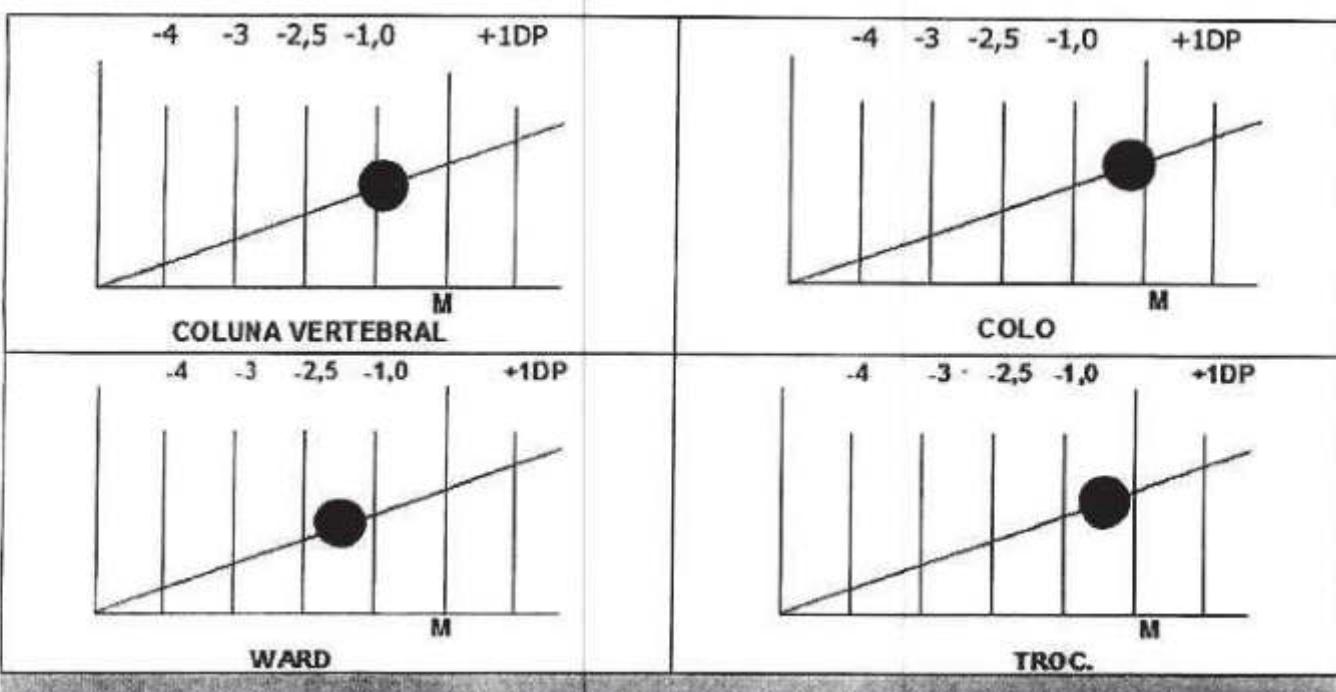
Adulto Jovem:

Faixa Etária

COLUNA VERTEBRAL:	109%	111%
COLO DO FÉMUR:	97%	101%
TRIÂNGULO DE WARD:	73%	81%
TROCÂNTER:	93%	92%
FÉMUR TOTAL:	90%	92%

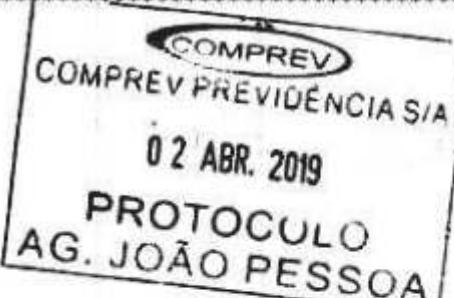
M = Média

DP = Desvio Padrão



OBSERVAÇÕES:

Dr. Sénio Dantas Carneiro
 CRM 2178



Este é um exame complementar, e como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação e decisão.
 Pag 2 de 2.



PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS
C.N.P.J.: 08682890000170
End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000
Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E.: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Sexo: FEMININO Cor: BRANCA

End.: Q C L 4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Municipio: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano Venc.: 29/09/2015

FICHA DO PACIENTE

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nasc.: 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Recep. NAVILLA

HISTÓRIA DO CASO

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO: lesão tendão extensor do dedo médio
+ entorse do quadril D + entorse da subtendão
+ fratura do hálito E.

DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO:

rebaixo da pelve + o quadril
entorse do subtendão + fratura + rebaixo
do hálito

TRATAMENTO REALIZADO:

14/09/15 - Rx molar na pelve + fratura +
reverteu em fratura + lesão tendão extensor
do quadril do dedo D

**PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS**

C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174**DADOS PESSOAIS**

Prontuário: 207174

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

FICHA DO PACIENTE

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nasc.. 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Profissão: DO LAR

Identidade: 1371705 O.E: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO

End.: Q C L 4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Municipio: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 29/09/2015

Recep: NAVILLA

HISTÓRIA DO CASO:**EXAME OBJETIVO:****DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

lesão tendão extensor do dedo médio
+ entorse do quadril D extorse do subodo P
+ fratura do hálbito E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

reto de dedo médio + quadril D
entorse do subodo E + fratura + luxo
máximo de E

TRATAMENTO REALIZADO:

14/09/15 - Rx máx de dedo médio + luxo +
reto de fratura + lesão tendão extensor
do quadrito E



Ficha no 207174

✓ Miriam Maria da Silva

Paciente atendida neste serviço
após atropelamento por uma
moto (sic) com lesão de tendão do
tendo do 5º dedo da mão direita
e quadril e do joelho. O 5º dedo
não apresenta também fratura.
De resto do corpo.

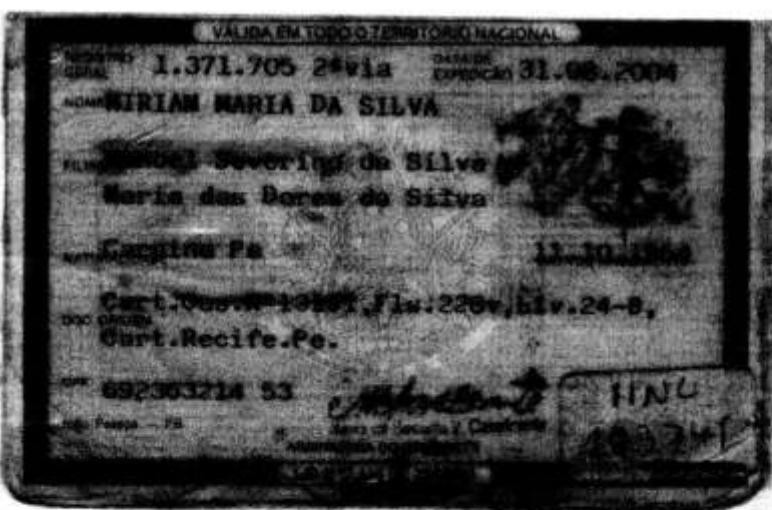
João Pessoa, 28/10/15

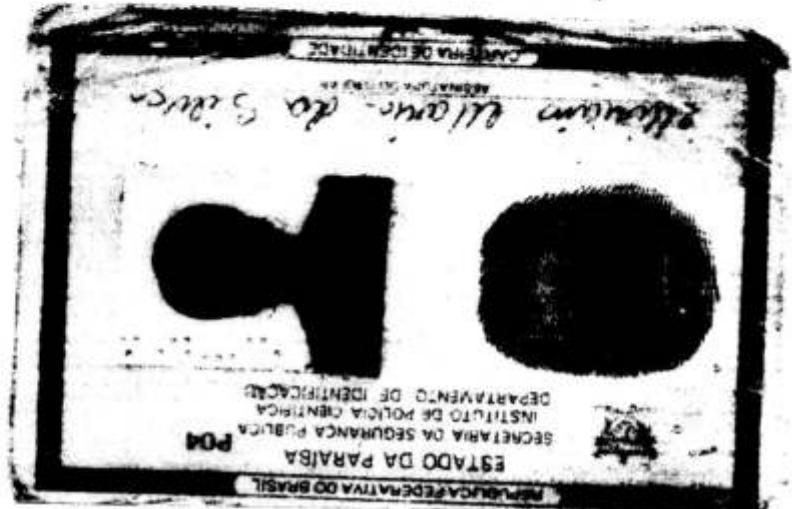
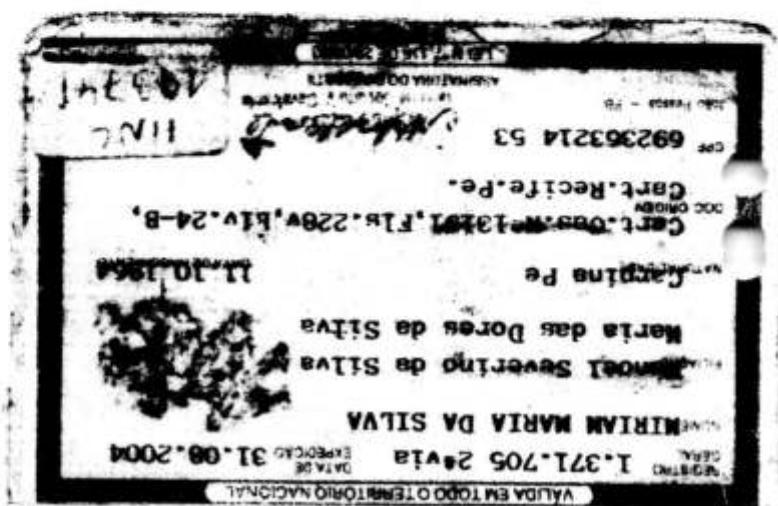
Almeida

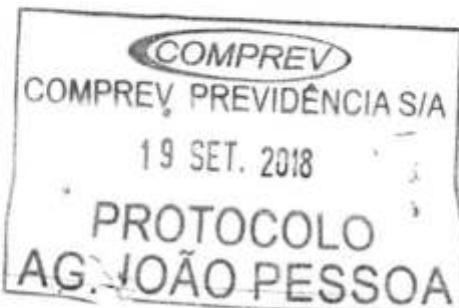
MATRIZ
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

Dr. Edson Marques da Nobrega
SP: 044.943.694-20 CRM: 0689
Ortopedia e Traumatologia

COMPREV
COMPREV - REVIGILANCI
02 ABR. 2019
PROTOL
AG. JL : J. PESS







CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS - DPVAT.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO E NA MELHOR FORMA DE DIREITO, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS E ABAIXO ASSINADAS, DE COMUM ACORDO FIRMAM O PRESENTE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, PARA OS FINS ADIANTE PACTUADOS:

DAS PARTES:

CONTRATANTE(S) E/OU CONSTITUINTE(S): **MIRIAM MARIA DA SILVA, BRASILEIRA, VIÚVA, PENSIONISTA, INSCRITA NO CPF SOB O N° 692.363.214-53, RESIDENTE E DOMICILIADA NA RUA COMERCIANTE JOSÉ JOAQUIM DA SILVA, QD C, LT 4, JARDIM VENEZA, JOÃO PESSOA/PB.**

DENOMINADO(A)(S) CONSTITUINTE(S):

CONTRATADA(S) E/OU CONSTITUIDA(S): **JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, ADVOGADA, INSCRITA NA OAB/PB 12.519 E SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA, BRASILEIRA, CASADA, ADVOGADA INSCRITA NA OAB/PB SOB O N.º 10.523, AMBAS COM ESCRITÓRIO NA AV. JOÃO MACHADO, 879, CENTRO, JOÃO PESSOA-PB. CEP 58013-520, DORAVANTE DENOMINADA(S) CONSTITUIDA(S), SOLIDÁRIAS, QUE ATUARÃO NOS ATOS BUSCANDO O CUMPRIMENTO DESTA AVENÇA, EM CONJUNTO OU ISOLADAMENTE.**

FINALIDADE DO CONTRATO E DESEMPENHO DO MANDADO:

CLÁUSULA 1º.(A)(S) CONSTITUINTE(S) CONTRATA(M) OS SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS DA(S) CONSTITUÍDA(S) PARA, EM SEU NOME, OU DE PESSOA(S) POR ELE(A)(S) REPRESENTADA(S), AJUÍZE **AÇÃO DE COBRANÇA REFERENTE À INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT**, JUNTO AO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL ESTADUAL, OU VARA DA COMARCA NA JUSTIÇA COMUM, FAZENDO USO DE TODOS OS MEIOS NECESSÁRIOS PARA O FIEL CUMPRIMENTO DO MANDADO, ENVINDANDO TODOS OS ESFORÇOS, BUSCANDO A OBTENÇÃO DO QUE FOR REQUERIDO, PLEITO DO(A)(S) CONSTITUINTE(S) E OBJETO DO PRESENTE CONTRATO.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

CLÁUSULA 2º. PELA PROPOSITURA DA AÇÃO JUDICIAL, ACOMPANHAMENTO, DEFENDENDO, ASSISTIDO, RECORRENDO, FAZENDO SUSTENTAÇÃO ORAL, OFERECENDO CONTRA-RAZÕES, ENFIM, UTILIZANDO TODOS OS INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OBTENÇÃO DA INDENIZAÇÃO REQUERIDA, O(A)(S) CONSTITUINTE(S) PAGARÁ(ÃO) A(S) CONSTITUÍDA(S) O PERCENTUAL DE 30% (TRINTA POR CENTO), DOS VALORES LÍQUIDOS RECEBIDOS EM RAZÃO DA AÇÃO DE COBRANÇA PROPOSTA.

PARÁGRAFO ÚNICO: HAVENDO ACORDO ENTRE O CONTRATANTE E A PARTE CONTRÁRIA, NÃO PREJUDICARÁ O RECEBIMENTO DOS HONORÁRIOS CONTRATADOS.

DAS DESPESAS

CLÁUSULA 3º. TODAS AS DESPESAS SERÃO PAGAS PELO CONTRATANTE, COM A CONSEQUENTE EXPEDIÇÃO DE RECIBO, DEVIDAMENTE PREPARADO E ASSINADO PELO CONTRATADO.

DAS PENALIDADES

CLÁUSULA 4º.: AS PARTES ESTABELECEM QUE HAVENDO ATRASO NO PAGAMENTO DOS HONORÁRIOS SERÃO COBRADOS JUROS DE MORA NA PROPORÇÃO DE 1% (UM POR CENTO) AO MÊS, ALÉM DE CORREÇÃO MONETÁRIA.

DA RESCISÃO

CLÁUSULA 5º.. AGINDO O CONTRATANTE DE FORMA DOLOSA OU CULPOSA EM FACE DO CONTRATADO, RESTARÁ FACULTADO A ESTE, RESCINDIR O CONTRATO, SUBSTABELECENDO SEM RESERVA DE IGUAIS E SE EXONERANDO DE TODAS OBRIGAÇÕES.

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS:

CLÁUSULA 6º. AS PARTES DESDE JÁ ELEGEM O FORO DA COMARCA DE JOÃO PESSOA-PB, PARA DIRIMIR QUAISQUER DÚVIDAS ACERCA DO PRESENTE CONTRATO, POR MAIS PRIVILEGIADO QUE SEJA QUALQUER OUTRO. E, POR ESTAREM ASSIM, JUSTOS E CONTRATADOS FIRMAM O PRESENTE INSTRUMENTO EM 02 (DUAS) VIAS DE IGUAL TEOR, ASSINADO PELAS PARTES E DUAS TESTEMUNHAS PARA QUE SURTA OS JURÍDICOS E LEGAIS EFEITOS.

JOÃO PESSOA-PB, ____ DE ____ DE ____

Miriam Maria da Silva
CONSTITUINTE(S).

Juvelene comila Dias
1º TESTEMUNHA. RG. 2614852

Juvelene comila Dias
CONSTITUIDA(S) ADVOGADA
OAB/PB 12519
2º TESTEMUNHA. RG. 3.622.535

AV. JOÃO MACHADO, N° 879, CENTRO, JOÃO PESSOA/PB. FONE (83) 3822-1098

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

19 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180436261 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DE IML Nº03.01.07.112016.010496 - QUESITO 6 - SIM.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180436261 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DE IML Nº03.01.07.112016.010496 - QUESITO 6 - SIM.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180436261
Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

Cidade: João Pessoa
Data do acidente: 27/09/2015

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E 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 INVIAZILIZOU 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.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180436261 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E 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 INVIAZILIZOU 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.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Miriam Maria da Silva Machado viva, inscrita no CIV sob nº 692.363.214-53, nro de 51 - do m Cláusula na sua Comunidade por Joaquim da Silva Ad. C, 67.4, prédio Venda João Pessoa - PB, CEP 58.800-000.

OUTORGADA(S): JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 12.519; **SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA**, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 10.523, **representantes da Sociedade de Advogados TAVARES ADVOCACIA**, inscrita no CNPJ sob o nº. 12.512.735/0001-83, inscrita na Ordem dos Advogados, Secção do Estado da Paraíba, sob o nº276, no Livro B, no. 03, em 13 de agosto de 2010, conforme certidão SA 99/2010, com escritório situado na Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-520, onde deverão receber intimações de estilo (art. 105 do CPC), **telefone (83) 3222-1088** são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do(a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhe ainda **poderes específicos para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber valores, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou separadamente**, podendo ainda, nas excepcionalidades forenses podendo, durante o curso da ação, ou mesmo após quaisquer de suas fases processuais ou procedimentais substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes do art. 85 do Código Processual Civil/2015).

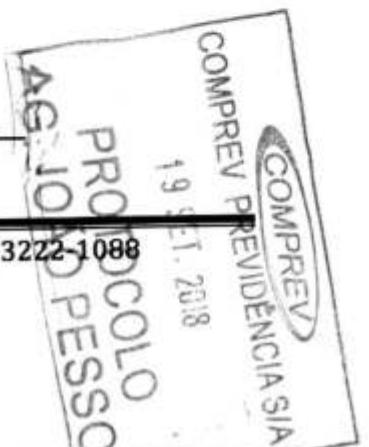
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declara, nos termos do art. 98 e 99 da lei nº 13.105/15 (CPC) e lei nº 7.115/83 art. 1, de 29 de agosto de 1983 (dispõe sobre prova documental), para o fim de obtenção do benefício de **JUSTIÇA GRATUITA**, que é necessitado(a) na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar as custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio ou da família. Declara, ainda, ser conhecedor(a) das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da lei nº 7.115/83), caso o presente documento não porte a veracidade.

João Pessoa, 17 de setembro de 2018.

Miriam Maria da Silva
OUTORGANTE

Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB. Fone: (83) 3222-1088



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Miriam Maria da Silva, brasiliense, viúva, inscrita no CIEP sob o nº 632 363 234-53, residindo na Rua Comendador José Joaquim da Silva, Qd. C Lt 4 Jardim Veneza, João Pessoa/PB, CEP 58.802-000

OUTORGADA(S): JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 12.519; SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 10.523, **representantes da Sociedade de Advogados TAVARES ADVOCACIA**, inscrita no CNPJ sob o nº. 12.512.735/0001-83, inscrita na Ordem dos Advogados, Secção do Estado da Paraíba, sob o nº 276, no Livro B, no. 03, em 13 de agosto de 2010, conforme certidão SA 99/2010, com escritório situado na Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-520, onde deverão receber intimações de estilo (art. 105 do CPC), **telefone (83) 3222-1088** são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo minhas procuradoras, as outorgadas acima qualificadas, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo às outorgadas 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, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima

05 JUL. 2018

João Pessoa , 14 de Setembro de 2018 .

Miriam Maria da Silva

OUTORGANTE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB. Fone: (83) 3222-1088



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343493/18

Número do Sinistro: 3180436261

Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

Data do acidente: 27/09/2015

CPF: 692.363.214-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIRIAM MARIA DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Laudo do IML - Lesões corporais

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 02/04/2019

Data do cadastramento: 02/04/2019

Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Nome: RENATO LUNA DIAS

CPF: 008.131.284-98

CPF: 705.216.494-98

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343493/18

Número do Sinistro: 3180436261

Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

CPF: 692.363.214-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2015

Titular do CPF: MIRIAM MARIA DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA 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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/01/2019

Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA
CPF: 008.131.284-98

Data do cadastramento: 24/01/2019

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343493/18

Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

CPF: 692.363.214-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Titular do CPF: MIRIAM MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA : 008.131.284-98

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MIRIAM MARIA DA SILVA : 692.363.214-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 19/09/2018

Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA
CPF: 008.131.284-98

Data do cadastramento: 19/09/2018

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA