

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**

Carta nº 13384750



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**



---

**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 médico-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



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, retorne 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](http://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

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

Nome completo <i>Miriam Maria da Silva</i>	CPF titular da conta <i>692.363.214-53</i>	Profissão
Endereço <i>R. Amador de Oliveira, 100 - Jd. Piraí</i>	Número <i>511</i>	Complemento
Bairro <i>Jardim Veneza</i>	Cidade <i>João Pessoa</i>	CEP <i>58500-000</i>
E-mail <i>telmar.maria@netmail.com</i>	Estado <i>PB</i>	Telefone (DDD) <i>83 3222-1088</i>

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**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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. *0036* D/V *07*
 CONTA NRO. *16564* D/V *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)

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, 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 1.371.705-2ª via-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

*Fabiano Alves*  
Policial Civil

Serviço Registral Alcântara Brito

Av. Cruz das Armas, 499

**AUTENTICAÇÃO**

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

Em teste da verdade  
Maricélia da Silva Luz - Escrevente autorizada

\* Selo: A0035532-65VK \*

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

**Maricélia da Silva Luz**  
Escrevente Autorizada





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL  
C: 733715 Laude nº: 03.01.07.112016.010496



## 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, 51 anos, 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







Central Fraturas

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. Município: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

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

Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesão tendão extensor do 1º dedo  
+ entorse do quadril + entorse do subscapular  
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

1º dedo do 1º dedo + fratura do quadril  
entorse do subscapular + fratura do hálux  
+ fratura do 1º dedo

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - 1º dedo do 1º dedo + fratura  
revisão em fratura + lesão tendão extensor  
se quisesse

# 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



11/10/2000 10:00 AM  
 11/10/2000 10:00 AM  
 11/10/2000 10:00 AM

**Código para Débito Automático: 0001117391**

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

US 01-1460 Consolidated: 5/1117291-3

### Canal de contacto

Apr / 2016

## Antesentido

06/04/2016

Data prevista da próxima leitura

06/05/2016

CPE/ CNP1/ RAN1

942.2532143  
1055 F-33

## Esturas em atraso

1107011

Histórico de Consumo  
(kWh)

Mar16	121
Feb16	100
Jan16	122
Dec15	91
Nov15	107
Oct15	93
Sep15	100
Aug15	88
Jul15	95
Jun15	97
May15	97
Mar15	97

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		602	79

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
1.000.000.000	100	0,21877	45,50
2.000.000.000			1,20
Ad. B. 200.000.000			18,10
3.000.000.000			0,30
4.000.000.000			1,70
5.000.000.000			2,10
LARG. AMBULANTE E SERVIÇO LT			21,00
L. CONTRATO E F. A. L. 1.000.000.000			

	BASE DE CÁLCULO	ALÍCUOTA	REGIMEN
ICMD	67,12	37,00	18,12
PIS	67,12	0,5700	0,38
	67,12	2,6100	1,75

VENCIMENTO 11/05/2016 R\$ 69,80

Me-ka doo-oh-voo-nee et al.

RESERVADO AO FISCO

3f0c.01ec.c9f6 3ed8 2f0e f1ee 9af3 ba99

Composição do valor total da sua conta

Indicadores de Qualidade - 2016 - Mulher			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC. MENSAL	5,10	0,00	7000V
CAC. TRIMESTRAL	11,10		
DIC. ANUAL	22,30	0,00	10000V
FC. MENSAL	3,50		10000V
FC. TRIMESTRAL	8,07		10000V
FC. ANUAL	13,95	0,00	10000V
DMC	3,20		

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos de Util. da Energia - 18	17,32	24,81
Transporte de Energia	22,70	32,92
Servicos de Transmissao	1,36	1,95
Servicos de Distribuicao	5,49	7,87
Outros servicos	20,93	30,05
Impostos, taxas e encargos	0,00	0,00
Outros servicos		
<b>Total</b>	<b>68,80</b>	<b>100,00</b>

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

ina Grande

**Unimed** 

Campina Grande

**Unimed** 

Em: 31/04/2018

Vencimento: 18/05/2018

ANS n° 367397

Carr

|||||.....|||||

4335025690008

**JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA**

R JOAO MACHADO 879

CENTRO

58013-520 JOAO PESSOA - PB

**med**

ina Grande

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Justina Tereza dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.135.284 / 98 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Miriam Maria das Neves inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.363.114 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Miriam Maria das Neves inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.363.114 / 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 <u>R1 João no Chodo</u>		Número <u>979</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>55013-520</u>
Email <u>Terezaadvogado@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 3222-1088</u>	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 14 de setembro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante Justina Tereza dos Santos  
ADVOGADA  
OAB-PB 12519





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

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: 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 1º dedo  
+ entorse do quadril DX + entorse do subtoalune  
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

rx 1º dedo DX + rx quadril DX  
+ rx do subtoalune DX + rx do  
tubo de 1º dedo

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - rx 1º dedo DX + rx quadril DX  
+ revisto em fratura + lesão tendão extensor  
do 1º dedo DX





folha no 207174

↑ Miriam Maria da Silva

Paciente atendida neste serviço  
após atropelamento por uma  
moto (sic) com lesão de tendão e  
tumor do 5º quíquadrante D + antebraço  
e quadril e de pé E. O 5º quí-  
quadrante apresentou também fratura.  
De alta do caso.

João Pessoa, 28/10/15

*[Signature]*

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

Dr. João Marques da Nobrega  
CPF: 044.943.894-20 CRM: 0689  
Ortopedia e Traumatologia







RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Miriam Moura da  
Almeida

União Médica

Receita com dor  
edema e fiteca  
dos punhos dos dedos  
de modo de base  
Analisado para  
exame físico  
Arto para a pele  
Se a pele estiver  
vermelha e quente  
Analisado físico  
C. D. M. A. O.

Assinatura e Carimbo

18/10/18

CO

Dr. [illegible]  
[illegible]  
[illegible]



## RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

**NOME:**

RECEIVED  
NAME: Munir Hussain  
Ilse

chond. pedicels

Livro para de scatch  
 de luto. Apreteuse  
 fecho de luto do  
 3º de luto do 1º,  
 de de fenda de  
 1º de de IFD  
 do 2º QM.  
 Se fuma invencível  
 e in 5626

0 (n) 5626

Assinatura e Cliché: \_\_\_\_\_

181215





1500

# RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Miriam Nogueira  
de Oliveira

Uso oral

(1) Agis e retard -  
1cx

Tomar 1 em  
5x ao dia  
(7 dias)

COMPLETO  
24/10/2019  
RECETADO

Dr. Tarciso Gomes Pereira  
Otorrinolaringologista  
CRM 10000

Assinatura e Carimbo

1810118



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME \_\_\_\_\_

condições físicas  
de trabalhar no  
seu estabelecimento  
por um período 3  
(três) meses.

EID = M 17.0.

Dra. Nélia Nery de L. Freire  
Médica  
CRM 3477

8/2/18

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME Afonso de

Atento para as  
diversas fins que  
nizam nome do  
Silva e portadora  
do processo extrínseco  
de probante, atual  
estabelecimento, volume  
do com virtudes  
dos documentos  
principalmente  
de 01.01.2018.







PREFEITURA DE  
**JOÃO PESSOA**  
PRA VIVER MELHOR

SUS  Sistema Único de Saúde

Unidade de Atendimento  
**CAIS JAGUARIBE**  
Centro de Atenção Integral à Saúde  
Av. Alberto de Brito, s/n - Jaguaribe  
CEP 58015-520

mesmo na  
tem mais  
confiança e  
trabalhar na  
sua profissão  
em 17.0  
JR 20/07/2016

  
**Dr. José Gutemberg Cruz de Lima**  
TRAUMATO - ORTOPEdia  
CRM 1738 - CPE 10.536.934-53  
Assinatura do Profissional com Carimbo  
2ª via - unidade de saúde

Melhore sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente  
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre/João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214.7922

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde



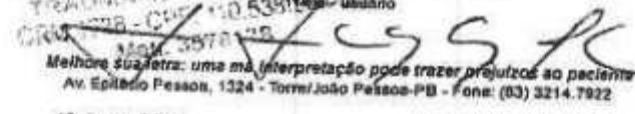
PREFEITURA DE  
**JOÃO PESSOA**  
PRA VIVER MELHOR

SUS  Sistema Único de Saúde

Unidade de Atendimento  
**CAIS JAGUARIBE**  
Centro de Atenção Integral à Saúde  
Av. Alberto de Brito, s/n - Jaguaribe  
CNPJ: 08.806.764/0001-45  
CEP 58015-520

Mirian Maricle  
Silva

laudo médico  
paciente port.  
dor e de artrose  
de ambos os  
joelhos grau IV  
e destruição de  
seu cartil. A

  
**Dr. José Gutemberg Cruz de Lima**  
TRAUMATO - ORTOPEdia  
CRM 1738 - CPE 10.536.934-53  
Assinatura do Profissional com Carimbo  
2ª via - unidade de saúde

Melhore sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente  
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre/João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214.7922

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde





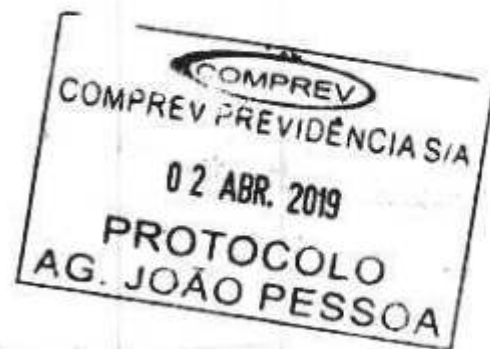
Sistema Único de Saúde  
**SUS JAGUARIBE**  
 Centro de Atenção Integrada à Saúde  
 Av. Alberto de Brito, S/N - Jaguaribe  
 CEP: 58.015-320

Unidade de Atendimento

Tel. 3214-3475 / 3214-7922

**RECEITUÁRIO**

condições de  
 trabalho ao longo  
 da existência  
 não por parte  
 do empregador  
 para compensar  
 dos danos  
 CID M70



24/05/2016

Dr. José Gutemberg Cruz de Lima  
 TRAUMATO - ORTOPEDIA  
 CRM 175 - GOIÁS

Assinatura do Profissional com Cuiabano

2ª via - unidade de saúde

Meihore sua feiz: uma md interpretação pode trazer prejalizes ao paciente  
 Av. Epilácio Pessoa, 1324 - Torre João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214.7922

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde



Sistema Único de Saúde  
**SUS JAGUARIBE**  
 Centro de Atenção Integrada à Saúde  
 Av. Alberto de Brito, S/N - Jaguaribe  
 CEP: 58.015-320

Unidade de Atendimento

Tel. 3214-3475 / 3214-7922

**RECEITUÁRIO**

Minha principal  
 finalidade  
 é proporcionar  
 a todos os  
 membros da  
 família e da  
 comunidade  
 a melhor qualidade  
 de vida possível

Assinatura do Profissional com Cuiabano

Meihore sua feiz: uma md interpretação pode trazer prejalizes ao paciente  
 Av. Epilácio Pessoa, 1324 - Torre João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214.7922

**JOÃO PESSOA**  
**CAIS SUS**  
Centro de Atenção Integrada à Saúde  
Av. Alberto de Brito, 514 - Jaguaré  
CEP: 58.015-370  
Unidade de Atendimento  
Tel. 3214.7922

**RECEITUÁRIO**

*Myrica - 100mg  
S.P.*

*8 - 1 - 1  
12/12/15*

*24/05/16*

*Dr. José Guilherme Costa da Silva*  
CRM 1738 - CPD 10.558.554.53  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL CEM CARIMBO  
Melhore sua vida: uma boa interpretação pode trazer profundeza ao paciente  
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre João Pessoa-PB - Fone: (33) 3214.7922  
1ª via - usuário  
2ª via - unidade de saúde

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



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

CEDRUL CENTRO  
SUS  
18/08/2016

## RESULTADO POR REGIÕES DA DENSITOMETRIA

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

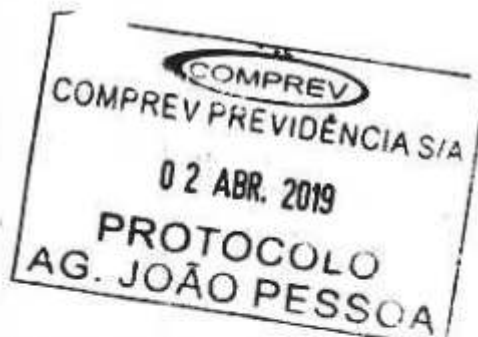
### INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

- 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. Sterio Dantas Carneiro  
CRM 2178



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](http://www.cedrul.com.br) | [cedrul@cedrul.com.br](mailto: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 FÊMUR  
DR. BRAULIO CAVALCANTI MELO

CEDRUL CENTRO  
SUS  
18/08/2016

## RESULTADO POR REGIÕES

Adulto Jovem:

Faixa Etária

COLUNA VERTEBRAL:

109%

111%

COLO DO FÊMUR:

97%

101%

TRIÂNGULO DE WARD:

73%

81%

TROCÂTER:

93%

92%

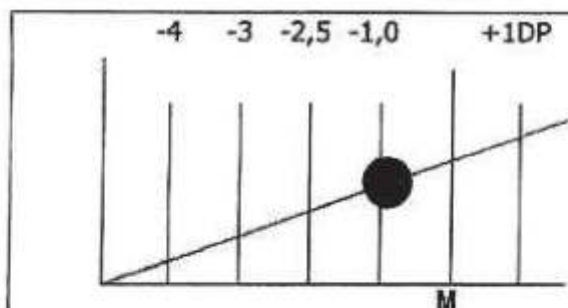
FÊMUR TOTAL:

90%

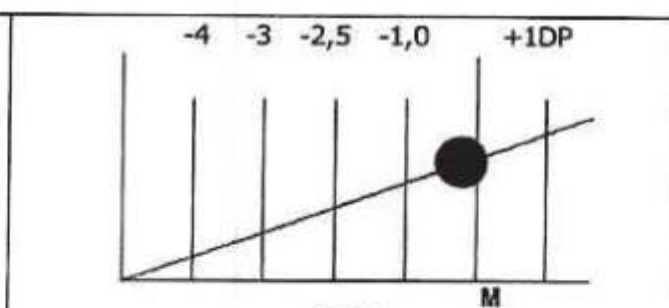
92%

M = Média

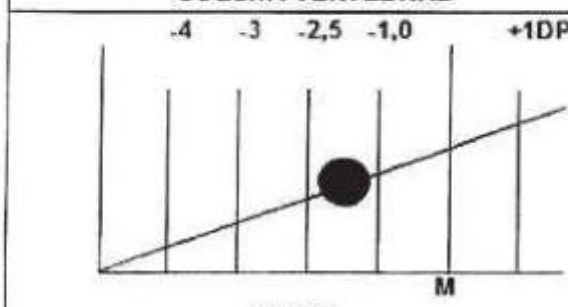
DP = Desvio Padrão



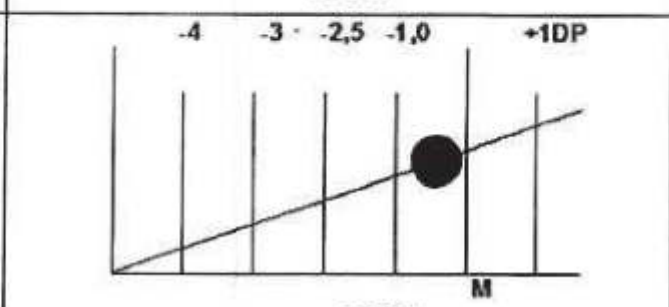
COLUNA VERTEBRAL



COLO



WARD



TROC.

OBSERVAÇÕES:\*\*\*\*\*

Dr. Stenio 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 2 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





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

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: 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

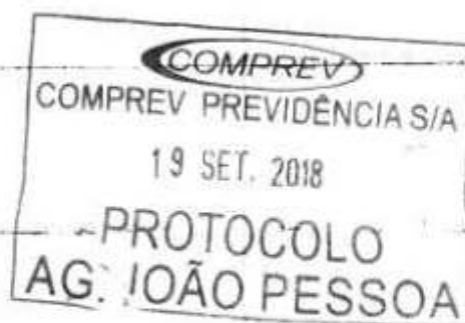
Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 29/09/2015

HISTÓRIA DO CASO

EXAME OBJETIVO



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesão tendão extensor do 4º dedo mão  
+ entorse do quadril DX entorse do subscap  
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO:

rx mão DX e AP + rx quadril  
ant + px do subscap + rx per + rx de  
mão DX e AP

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - rx mão DX e AP + luva +  
revisto em fratura + lesão tendão extensor  
do quadril DX





Central Fraturas

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. Município: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

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

Pal: MANOEL SEVERINO DA SILVA

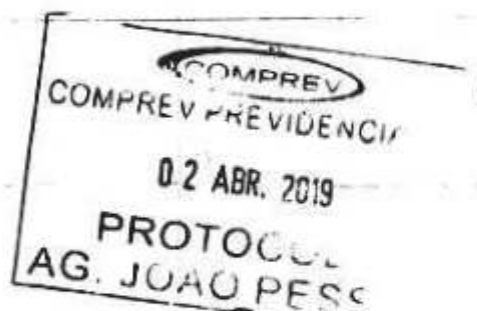
Estado Civil: SOLTEIRO

Recep.: NAVILLA

Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesão tendão extensor do 1º dedo  
+ entorse do quadril + entorse do subscapular  
+ fratura do húmero.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

rx mão 1º dedo + rx quadril  
ant + pos do subscapular + rx de  
mão 1º dedo

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - rx mão 1º dedo + luva +  
revendo em fratura + lesão tendão extensor  
do 1º dedo



folha no 207174

↑ Miriam Maria da Silva

Paciente atendida neste serviço  
após atropelamento por uma  
moto (sic) com lesão de tendão e  
tumor do 5º metacarpo D + antebraço  
e quadril e de pé. O 5º metacarpo  
apresentou também fratura.  
De alta do caso.

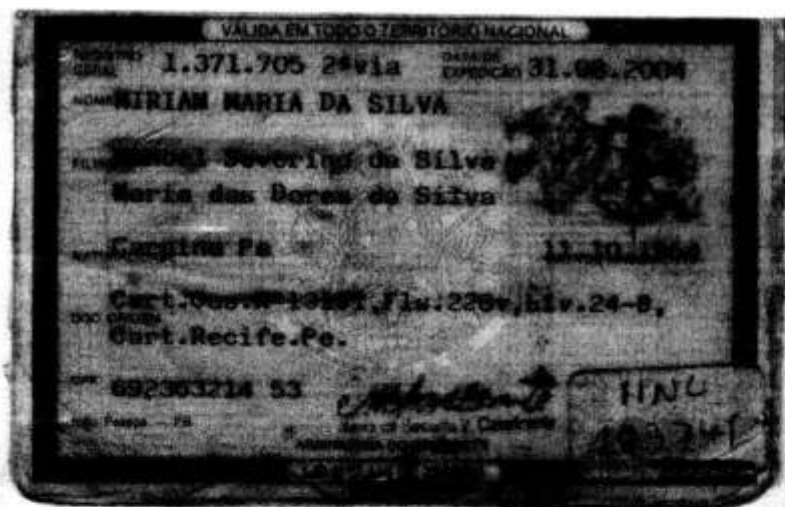
João Carlos, 28/10/15

*[Handwritten signature]*

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

Dr. Manoel Marques da Nobrega  
CPF: 043.943.894-20 CRM: 0689  
Ortopedia e Traumatologia





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

692363214 53  
 Cart. Recife. Pe.  
 Cart. Obs. M-13291, F.R. 228v, Rlv. 24-B,  
 11.10.1966  
 Carpine Pe  
 Maria das Doreas da Silva  
 Manoel Severino da Silva  
 MIRIAM MARIA DA SILVA  
 1.371.705 2ª via  
 DATA DE EXPIRACAO 31.08.2004  
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

MARIA DAS DOREAS DA SILVA  
 4  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA  
 INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO  
 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL





**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.º 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 CONSTITUÍDA(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) CONSTITUÍDA(S), SOLIDÁRIAS, QUE ATUARÃO NOS ATOS BUSCANDO O CUMPRIMENTO DESTA AVENÇA, EM CONJUNTO OU ISOLADAMENTE.**

**FINALIDADE DO CONTRATO E DESEMPENHO DO MANDADO:**

**CLÁUSULA 1.ª** O(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, ENVIDANDO 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 2.ª** 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 3.ª** TODAS AS DESPESAS SERÃO PAGAS PELO CONTRATANTE, COM A CONSEQÜENTE EXPEDIÇÃO DE RECIBO, DEVIDAMENTE PREPARADO E ASSINADO PELO CONTRATADO.

**DAS PENALIDADES**

**CLÁUSULA 4.ª:** 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 5.ª:** 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 6.ª** 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).

Lucilene Camilo Dias  
1ª TESTEMUNHA. RG. 2614852

Jussara TAVARES SANTOS SOUSA  
CONSTITUÍDA(S)  
ADVOGADA  
OAB-PB 12519  
Sayonara TAVARES SANTOS SOUSA  
2ª TESTEMUNHA. RG. 3.624.535

AV. JOÃO MACHADO, Nº 879, CENTRO, JOÃO PESSOA/PB. FONE (81) 3442-1098

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
19 SET. 2018  
PROTOCOLO  
LAG 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
		<b>Total</b>	<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

# 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
		<b>Total</b>	<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

# 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 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.

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 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.

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 de Silva, brasileira, solteira,  
no CPF sob o nº 692.363.214-53, residente e domiciliada  
na Rua Gomes Costa, nº 14, Jardim da Silva, Ed. C,  
67.4, Jardim Veneza, 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, Seção 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:** Os da Cláusula "AD JUDITIA 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).

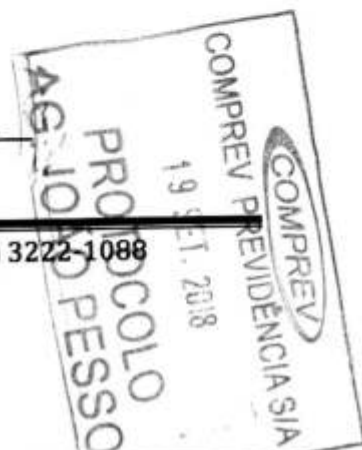
### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, 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. Declaro, 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, 14 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 Brasileira, viúva, inscrita  
no CPF sob o nº: 632.363.234-54, residente e domiciliada  
na Rua Comendante José Joaquim da Silva, Qd. C LT  
4, Jardim Vênus, 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, Seção 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:** 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**



Reconheço, como autêntica, a(s) Firma(s) de:.....  
MIRIAM MARIA DA SILVA  
Em test. da verdade, João Pessoa/PB, 14/09/2018, 12:49:30  
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente  
(2018-016375) EMPL: R\$ 49,48 FAPEN: R\$ 0,50 FJPA: 1,90 ISS: R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHA04953-DNUO  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

**CPF:** 692.363.214-53

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/09/2015

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MIRIAM MARIA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](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: 02/04/2019

Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

CPF: 008.131.284-98

\_\_\_\_\_  
JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2019

Nome: RENATO LUNA DIAS

CPF: 705.216.494-98

\_\_\_\_\_  
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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/09/2015

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MIRIAM MARIA 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: 24/01/2019  
Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA  
CPF: 008.131.284-98

\_\_\_\_\_  
JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

\_\_\_\_\_  
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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/09/2015

**CPF de:** Próprio

**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](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: 19/09/2018  
Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA  
CPF: 008.131.284-98

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA