

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

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

Laudos 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

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

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

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 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

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

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.

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>652.363.214-53</i>	Profissão
Endereço <i>R. Maria Costa José Joaquim da Silva</i>		Número <i>51N</i>	Complemento
Bairro <i>Jardim Venezuela</i>	Cidade <i>João Pessoa</i>	Estado <i>PB</i>	CEP <i>58800-000</i>
Email <i>toluza.edv@oi.com.br</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.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0036
(Informar dígito se existir)

01

16864

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)

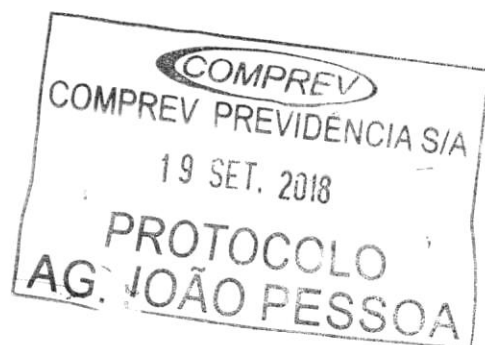
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do 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: AD035532-65VK *

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 Laudo 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

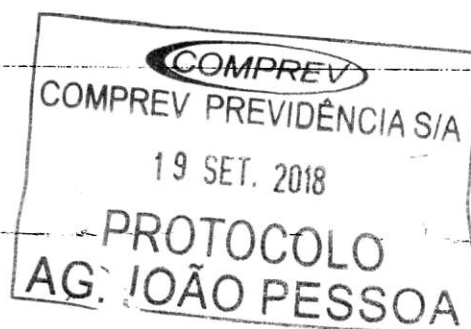
Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Recep.: NAVILLA

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

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

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

1º dedo do 1º dedo + fratura do quadril
entorse do subtoalho + fratura do 1º dedo
+ fratura do 1º dedo

TRATAMENTO REALIZADO:

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

MIRIAM MARIA DA SILVA

Endereço: Rua José de Almeida Silva, 110 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP - 05000-000 (Apto. 11)

CPF: 092.382.145-3
Rótulo: 3 - 2 - 046 - 3210
TP medidor: 0000051502



ENERGISA PRESTADOR DE SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA
CNPJ: 07.040.888/0001-91
CNPJ: 07.040.888/0001-91

Total Fatura: 69,80
Código para Débito Automático: 00011172913

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1117291-3

Canal de contato

Abr / 2016

Apresentação

06/04/2016

Data prevista da próxima leitura

06/05/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

092.382.145-3

Insc. Est.

Faturas em atraso

11/05/2016

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16	121
Fev/16	100
Jan/16	122
Dez/15	91
Nov/15	107
Out/15	91
Sep/15	100
Ago/15	98
Jul/15	95
Jun/15	97
Mai/15	97
Abr/15	83

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
06/04/16	14158	06/04/16	14277	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	119	0,41817	49,58
Adic. B. Amarelo			18,12
ICMS			0,38
PIS			1,75
COTRIB. E. SOCIAL			2,68
COTRIB. E. SOCIAL			2,68

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	67,12	27,00	18,12
PIS	67,12	0,5700	0,38
COTRIB.	67,12	2,6100	1,75

VENCIMENTO 11/05/2016 TOTAL A PAGAR R\$ 69,80

Média dos últimos meses 100 kWh

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 2/2016 - Mês		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,80	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,10	0,00
DIC ANUAL	22,21	0,00
FIC MENSAL	3,50	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,87	0,00
FIC ANUAL	13,95	0,00
DMIC	3,20	0,00

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa S/A	17,32	24,81
Compra de Energia	22,70	32,62
Serviço de Transmissão	1,36	1,95
Serviço de Distribuição	5,49	7,87
Impostos Federais e Encargos	23,93	34,35
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	69,80	100,00

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

Camp

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

4335025690008

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

R JOAO MACHADO 879

CENTRO

58013-520 JOAO PESSOA - PB

Campina G

med

na Grande

COMPREV
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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Justina Tavoras Santos Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.135.284 / 98 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Miriam Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.363.214 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Miriam Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.363.214 / 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>949</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-520</u>
Email <u>Tavorasadvocacia@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]
Assinatura do Declarante Sousa
ADVOCADA
OAB-PB 12519





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

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

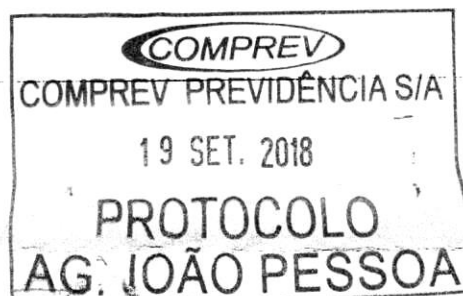
Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

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 + entorse do subglóide
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

rx 1º dedo + rx quadril
+ rx do subglóide + rx joelho + rx de
mão direita

TRATAMENTO REALIZADO:

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



folha no 207174

↑ Miriam Maria da Silva

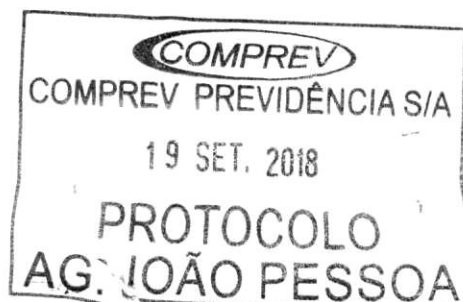
Paciente atendida neste serviço
após atropelamento por uma
moto (sic) com lesão de tendão e
tumor do 5º quíquadrante D e tendão
e quadril e de pé. O 5º quí-
quadrante apresentou também fratura.
De alto risco.

João Pessoa, 28/10/15

[Handwritten signature]

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

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





181218



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NONE:

NAME: Muhammad Husein
Ali

Cron. pedida
 Lado norte de scudo
 de luto. Aperturas
 fecho de luto do
 3º do lado lar (D),
 de de ferro de luto e
 de 2º de IFD
 do 2º QM.
 Se pelo nome sul
 e in 5626

Assinatura e Cliché: _____

181215



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Miriam Nogueira

de lha

Uso oral

(1) Agua e retard
1cx

Tomar 1 em
5x ao dia
(7 dias)

COMPROVANTE
24 JUN 2019
PROF. DR. TORILDO GOMES FERRAZ

Dr. Torildo Gomes Ferraz
Ouro Preto - Minas Gerais
CRM: 10.100

Assinatura e Carimbo

1810118



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME _____

Enfermeira Gisele
de trabalhar no
seu estabelecimento
por um período 3
(Comercial) meses.

EID = M 17.0.

Dra. Nelly 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 Atestado

Atestado para as
dividas Gius que
miniam moria do
Silve e portadora
de processo extrínseco
devido a contenda, atores
estraporosa, livelun
do com vintosa
dos atores
principalmente
Ator: em 10 mar. 2018



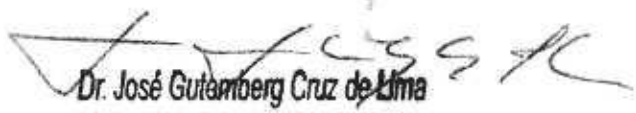


PREFEITURA DE
JOÃO PESSOA
PRA VIVER MELHOR

SUS  Sistema Único de Saúde

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

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


Dr. José Gutemberg Cruz de Lima

TRAUMATO - ORTOPEdia
CRM 1738 - CPE 110.538.954-53

Assinatura do Profissional com Carimbo
2ª via - unidade de saúde

Melhor 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



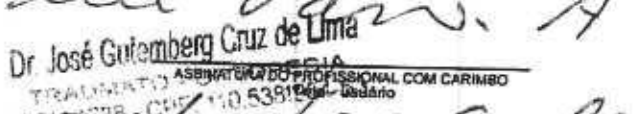
PREFEITURA DE
JOÃO PESSOA
PRA VIVER MELHOR

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 portador
de artrose
de ambos os
joelhos grau IV
e destruição da
cartilagem. A


Dr. José Gutemberg Cruz de Lima

TRAUMATO - ORTOPEdia
CRM 1738 - CPE 110.538.954-53

Assinatura do Profissional com Carimbo
2ª via - unidade de saúde

Melhor 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





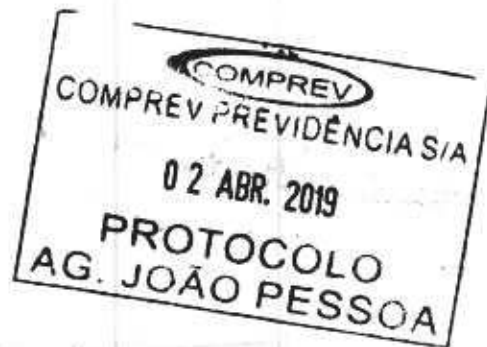
Sistema Único de Saúde
SUS CAIS JAGUARIBE
 Centro de Atenção Integrada à Saúde
 Av. Alberto de Brito, S/N - Jaguaribe
 CEP: 58.015-320

Unidade de Atendimento

Tel. 3214-3425 / 3214-7922

RECEITUÁRIO

condições de
 trabalho do
 the empregados
 não for poder
 de o controle
 para a v. p. f. f. f.
 dos f. f. f. f. f.
 CID 17170



24/05/2016

Dr. José Gutemberg Cruz de Lima
 TRAUMATO - ORTODONTIA
 CRM 1735 - QP 1735 - 1735-1735
 Fone: 3214-7922

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

Meihore sua vida: uma ml interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
 Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre João Pessoa-PB - Fone: (53) 3214.7922

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde



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

Unidade de Atendimento

Tel. 3214-3425 / 3214-7922

RECEITUÁRIO

condições de
 trabalho do
 the empregados
 não for poder
 de o controle
 para a v. p. f. f. f.
 dos f. f. f. f. f.
 CID 17170

Dr. José Gutemberg Cruz de Lima
 TRAUMATO - ORTODONTIA
 CRM 1735 - QP 1735 - 1735-1735
 Fone: 3214-7922

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

Meihore sua vida: uma ml interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
 Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre João Pessoa-PB - Fone: (53) 3214.7922

JOÃO PESSOA
LAIS SUS
 Centro de Atenção Integrada à Saúde
 Av. Alberto de Brito, S/n - Jaguaré
 CEP: 58.015-320
 Unidade de Atendimento Tel. 3214.7922

RECEITUÁRIO

Myrica - 100mg
8-1-1

12/12/15

24/05/16

Dr. José Guilherme Costa da Silva
 CRM 1758 - CPB 12.552.054-53
 ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARGO

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)
TROCÂTER:	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), trocâter (-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 | 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

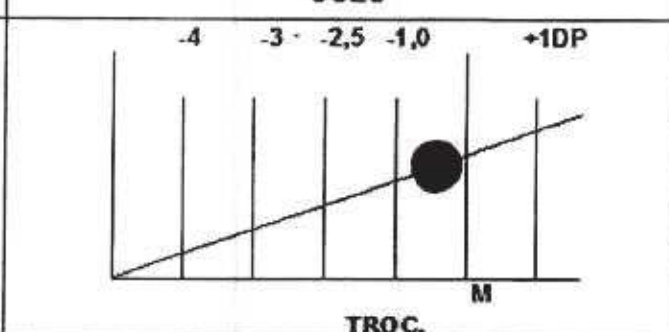
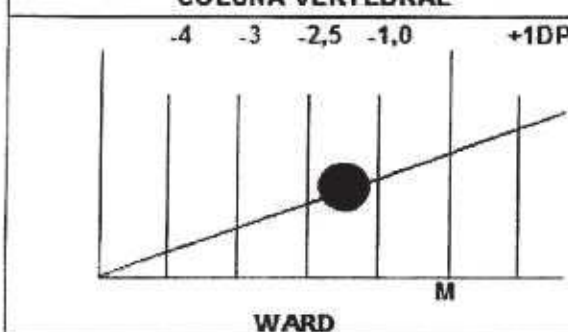
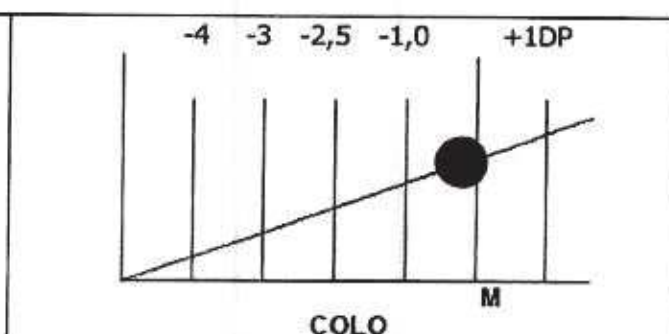
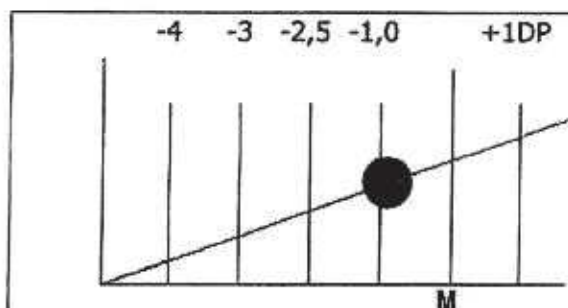
COLUNA VERTEBRAL:
COLO DO FÊMUR:
TRIÂNGULO DE WARD:
TROCÂTER:
FÊMUR TOTAL:

109%
97%
73%
93%
90%

111%
101%
81%
92%
92%

M = Média

DP = Desvio Padrão



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





Centro 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. Municipio: 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 DX entorse do ombro
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO:

1º dedo DX 1º dedo + fratura
ambos os ombros DX + fratura
do ombro DX + fratura

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - 1º dedo DX + fratura + fratura
revisão 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

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

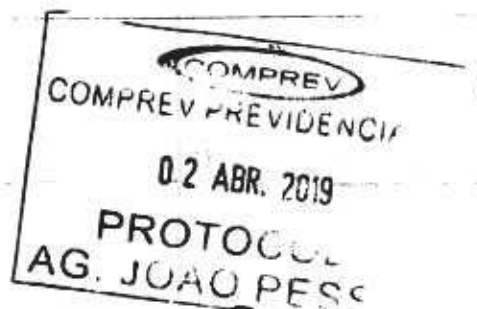
Estado Civil: SOLTEIRO

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 húmero.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

rx mão da 1ª + 2ª + 3ª + 4ª + 5ª
+ rx do quadril + rx do subscapular + rx do
húmero.

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - rx mão da 1ª + 2ª + 3ª + 4ª + 5ª
+ revisto 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 quíquadril D + anterior
e quadril e de fêm. O 5º quí-
quadril apresentou também fratura
de alta do colo.

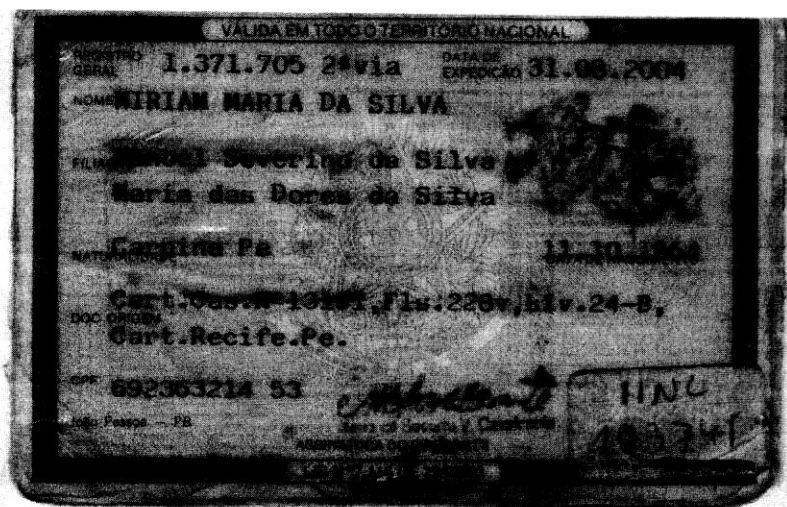
João Paulo, 28/10/15

[Handwritten signature]

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

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



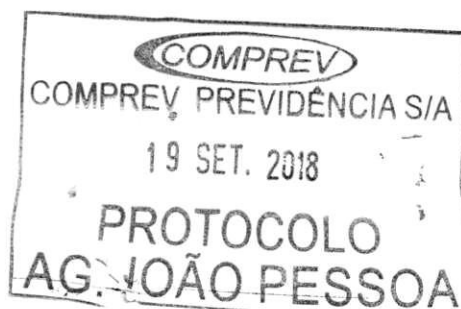
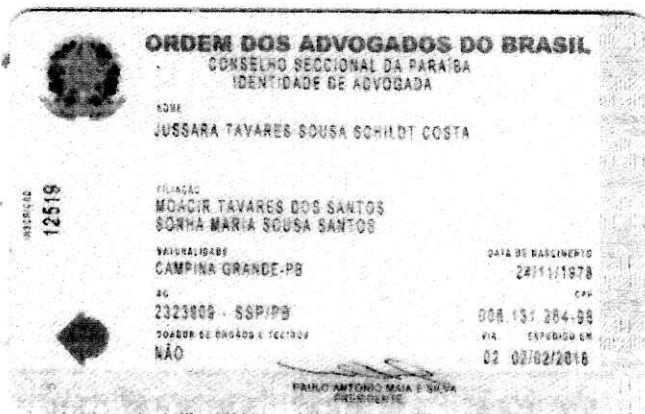


COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

112
 692363214 53
 Cart. Recife. Pe.
 Cart. Obs. N. 13191, Fls. 228v, Flv. 24-B.
 11.10.1964
 Maria das Dores da Silva
 Maria das Dores da Silva
 MIRIAM MARIA DA SILVA
 1.371.705 2ª via
 31.08.2004
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

MARIA DAS DORES DA SILVA
 11.10.1964
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 POI





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 Laudo 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, 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

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), AJUIZE **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) 3421-1098

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

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Miriam Maria da Silva, brasileira, viúva, inscrita
no CPF sob o nº 692.364.214-53, av. de J. do Milênio,
na Rua Comendante José Joaquim da Silva, Qd. C,
67-4, Jardim Venezia, João Pessoa/PB, CEP 58800-000

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:

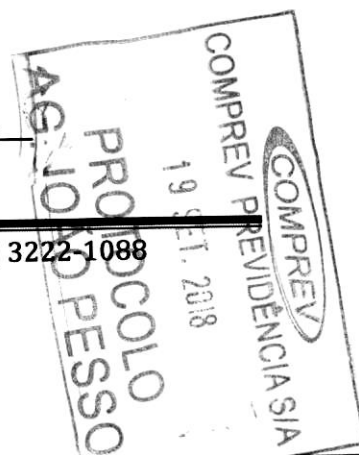
PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do(a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhe ainda **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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Miriam Maria da Silva, brasileira, viúva, inscrita
no CPF sob o nº: 632.363.234-53, residente e domiciliada
na Rua Comendante José Joaquim da Silva, Qd. C LT
4, Jardim Vênus, 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, 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



SOUTO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO
Bela Maria Angela Souto Cantalho
Tabelião

Carlos Antonio da S. Torres

8º OFÍCIO DE NOTAS
2º TABELIONATO DE PROTESTOS
PRAÇA 1817, 4º ANDAR, CENTRO
CEP: 58013-010, JOÃO PESSOA - PB
FONE: (83) 3241-5111 - FAX: (83) 3241-5230

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:.....
MIRIAM MARIA DA SILVA.....
Em test. da verdade. João Pessoa, 14 de setembro de 2018, 12:49:30
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
[2018-016375] EMPL: R\$ 49,48 FAPEN: R\$ 0,98 FJPA: 1,90 ISS: R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AH484953-DNUJ
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

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 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