

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2017

Carta nº: 11441835

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170424908 ASL-0293381/17

Vítima: MARIA JOSE DA SILVA

Data Acidente: 23/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11459735

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3170424908 ASL-0293381/17
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 23/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11537636

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3170424908 ASL-0293381/17
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 23/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **0000036607-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAMA JOSE DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.301.399 - 2ª VIA EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 28 / 06 / 16 E

CPF 7010053554-02 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO RECUSOU-SE

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU-SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A MESMA.

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LIDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0304 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00036607-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCHITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. Pessoa, 27 de JULHO de 2017

LOCAL E DATA

X. Maria Jose da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, conforme a legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.cd.com.br ou ligue para 0300-0721204.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOSE DA SILVA I



AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Cabo Branco/PB
DATA: 24/07/2017 HORA: 12:23:50
TERMINAL: 00361077 CONTROLE: 003610770141

AGENCIA: 0904 - EPITACIO PESSOA
CONTA: 013-00036607-9
CLIENTE: MARIA JOSE DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANCA POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA

17/07

VALOR

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA

17/07

VALOR

RESUMO EM 21/07

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

O CALENDARIO PIS-ABONO 2017 ESTA
DISPONIVEL. O PAGAMENTO DO ABONO 2016
FOI REABERTO DE 27/07 A 28/12/2017.

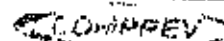
"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiental! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

31 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01310.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01310.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:47 horas do dia 20 de julho de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Maria Jose da Silva, CPF nº 701.053.554-02, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão do Lar, filho(a) de Maria da Luz Silva e Artur Raimundo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/05/1966 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Jeronimo, Nº 60, complemento casa, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Igreja Batista, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98700-4693.

Dados do(s) Fatos:

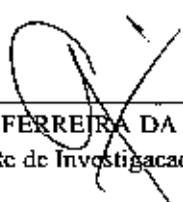
Local: Outros, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/02/17 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

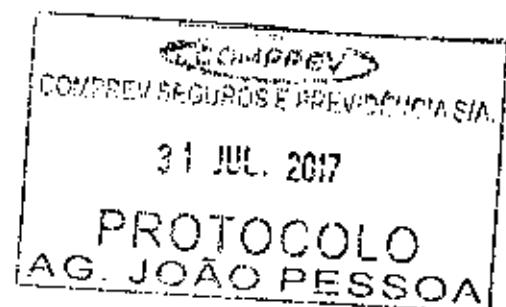
QUE FOI ATROPELADA POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CONFORME CERTIDÃO EXPEDIDA PELA DRA. ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM PB 3883, DATADA 15/05/2017.

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

João Pessoa/PB, 20 de julho de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MARIA JOSE DA SILVA
Noticiante



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MANA JOSE DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.301.399-PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 701.053.554-02, residente e domiciliado na RUA JOSE GENONIMO DE LIMA, 60, MARACANHÃO, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PARANÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

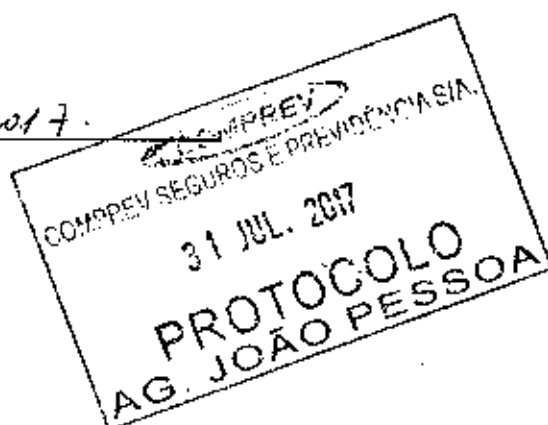


Xelbado de Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 26/07/2017.

Local e data



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
54056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Data: 23/02/2017
Hora: 07:33:01
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA JOSE DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.02.004929

CNS: 700008447291302 Sexo: F IDENTIDADE: 3301399 Fone: 987004693

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/05/1966 Id: 50 ano(s)

End.: RUA JOSE GERONIMO DE LIRA, 60

Bairro: MANDACARU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA LUZ SILVA

Pai: ARTUR RAIMUNDO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: DOMESTICA (DONA-DE-CASA)

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: RESPONSAVEL FERNANDO RODRIGUES

Tel/Doc. Responsavel: 98397487 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Comprovacao de ato declaratorio



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO POR CARRO

Vitima de violencia por: EM MANDACARU HO AS 6/30

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco:

EA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

EC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispnoia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

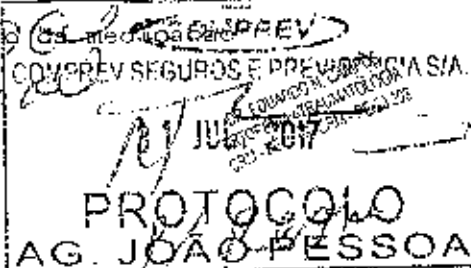
Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario



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: 18/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000036607-9

Nr. da Autenticação 24D9D07328F185A6



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

Documentação médica - hospitalar



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0576/2017

Atendendo solicitação de **MARIA JOSÉ DA SILVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 8703 e pertencente à mesma que foi atendido dia 23/02/2017 às 07H33min, paciente vítima de atropelamento por carro, apresentando trauma em antebraço direito.

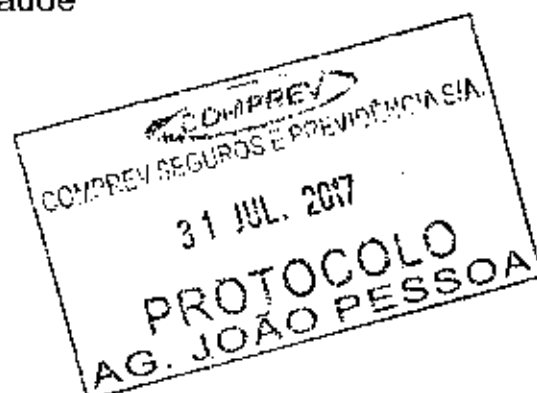
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura punho direito. Submetida a redução de punho direito, medicada e liberada.

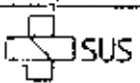
E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de maio de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB-3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Rs. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

C.H.U. G.T.B.

2 - QUES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Anna Jane da Silva

4 - Nº DO PROFISSIONAL

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

1 - SEXO

2 - FEM.

7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

8 - COD

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - Nº DO TELEFONE

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - COD. IBGE MUNICÍPIO

14 - UF

15 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

16 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

18 - QTD.

Tst. Fun. Stenosis

10 dias

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

21 - QTD.

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

24 - QTD.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

27 - QTD.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

30 - QTD.

31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

33 - QTD.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

34 - INDICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura distal do rádio D.

35 - CID 10 PRINCIPAL

36 - CID 10 SECUNDÁRIO

37 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

38 - OBSERVAÇÃO

Tst. Fun. Stenosis pulso D.

SOLICITAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Manoel

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

42 - DOCUMENTO

43 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOP. 10/01/2007
CN 108236374870009

() CHS () CPS

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

52 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

53 - QUES

54 - COMPROV. RECEB. E PREV. DE VALIDADE

31 JUL. 2007

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Maria José da Silva portador(a) da
identidade RG 3384399, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9:00 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S526, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 120
dois meses dias, a partir desta data.

João Pessoa, 230212

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Serviço Remoção de Ovarios
ORTOPEDIA - CRM PB 1595
CN 10823537487004

AUTORIZAÇÃO

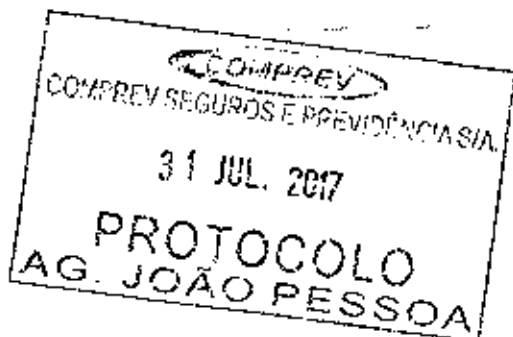
Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua do Fiscal José Costa Duarte, 57N, CEP 58055-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Registro em nome do Nascimento
DIA - CRM/PA 1595
CN 235374870008



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Luís F. J.

DATA DO ATENDIMENTO 23/04/17

Nº PRONTUÁRIO: _____ D FICHA: _____

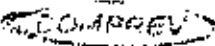
MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: Fx R. A. R.

PROCEDIMENTO: Quil
R.F.

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

Dr. Henrique
Henrique


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-226

Maria José de Silva

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.301.399 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 28/06/2016

NOME MARIA JOSÉ DA SILVA

FILIAÇÃO ARTUR RAIMUNDO DA SILVA MARIA DA LUZ SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 01/05/1966

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº 27806 - LIV. A-44 - FLS. 32 - CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB

CNPJ 701 053.564-02

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COMPANHIA PARABENSES
CORPORAÇÃO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

31 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA JOSE DA SILVA** Sinistro: **3170424908** Data: **23/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **rua José Geronimo de Lira, 60, CASA - MANDACARU - João Pessoa - PB - CEP 58027-633**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp / PB**] **3301399**

Data local do exame: [**14/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de raios distal direito. Acidente em 23/02/2017 submetido a redução incruenta e gesso . Ao exame :Edema em punho direito com limitação de 50% de dorsoflexao de punho direito .

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Acompanhamento ambulatorial e alta no mesmo dia

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação motora

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424908 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio distal direito

Descrição do exame médico pericial: Ao exame : Edema em punho direito com limitação de 50% de dorsoflexao de punho direito .

Resultados terapêuticos: Acidente em 23/02/2017 submetido a redução incruenta e gesso. Acompanhamento ambulatorial e alta no mesmo dia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do punho devido à limitação da mobilidade articular.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

DECLARAÇÃO

Outros



Eu, MARIA JOSÉ DA SILVA

RG 3.301.399-2-VIA - PB, CPF 701.053.554-02

, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 23/02/17 fui socorrido por

CARRO PRÓPRIO

e levado ao Hospital COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGAZEIRA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

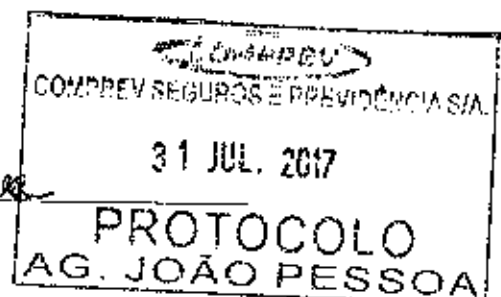
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local: JOÃO PESSOA UF PB Data 27/07/2017

Maria José da Silva

Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424908 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: