
Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190303768

Vítima: ELIZABETH GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIZABETH GALDINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190303768

Vítima: ELIZABETH GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIZABETH GALDINO 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ELIZABETH GALDINO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000100092-0

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

012.398.654-06

Nome completo da vítima:

Elizabeth Galdino da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Elizabeth Galdino da Silva

Profissão:

Endereço:

CPF:

012.398.654-06

E-mail:

Estado:

CPF:

Tel. (DDD):

(83) 99921-9283

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)

OP. 013

☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

100092

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ NãoSe tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ NãoVítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital ou soma ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa 02/05/2019

Nome: Elizabeth Galdino da Silva

CPF: 012.398.054-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elizabeth Galdino da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

03 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

CPF da vítima: 042.398.654-06 Nome completo da vítima: Elizabeth Galdino da Silva
 Nº do sinistro ou ASL: 012.398.654-06
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Elizabeth Galdino da Silva CPF: 012.398.654-06
 Profissão: Servidora pública Endereço: R. Cidade de Marizópolis Nº: 107 Complemento:
 Bairro: Numbata Cidade: São Paulo Estado: PB CEP: 38.000-000
 E-mail: (11) 99921-9283

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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
☐ SEM RENDA

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 100092
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente apc, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Paulo, 02/05/2019
 Nome: Elizabeth Galdino da Silva
 CPF: 012.398.654-06

Assinatura de quem assina A RDO: Elizabeth Galdino da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 Assinatura: 03 MAIO 2019

PROTOCOLADO
 AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02518.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02518.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:16 horas do dia 01 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(s) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Elizabeth Galdino da Silva**, CPF nº 012.398.654-06, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria do Carmo Galdino da Silva e Joao Pereira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/09/1977 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Jose do Sabugi, Nº 453, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Cidade Verde, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98717-4688.

Dados do(s) Fatos:

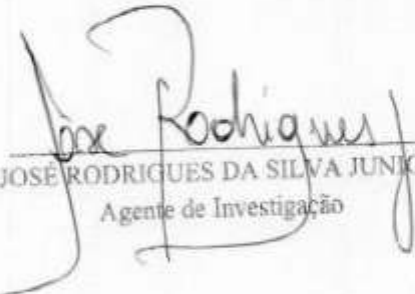
Local: Avenida Cruz das Armas, Xx, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/08/18 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

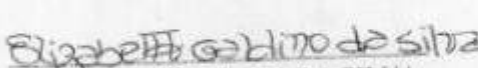
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

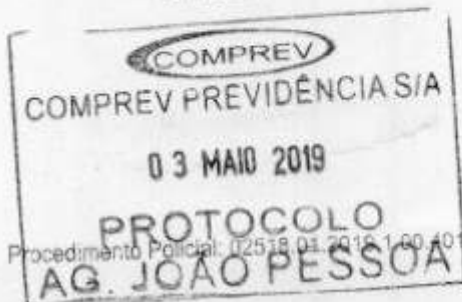
QUE NO DIA 04/08/2019, POR VOLTA DAS 12:00, ESTAVA GUIANDO A MOTONETA HONDA PCX 150 DE COR VERMELHA, ANO 2013/14, PLACA NPZ-3441/PB, CHASSI 9C2KF1710ER109103, REGISTRADA EM NOME DE ALINE DE MACEDO LIMA, NA AVENIDA CRUZ DAS ARMAS, NESTA CAPITAL, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO TENTAR DESVIAR DE UMA PEDESTRE QUE ESTAVA ATRAVESSANDO FORA DA FAIXA DE PEDESTRES, VINDO A COLIDIR EM UM POSTE DAQUELA RUA; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA E EM SEGUIDA TRANSFERIDA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MEDICO ASSINADO PELA DRª. SONIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de março de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


ELIZABETH GALDINO DA SILVA
Noticiante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

CPF da vítima: 042.398.654-06 Nome completo da vítima: Elizabeth Galdino da Silva
 Nº do sinistro ou ASL: 012.398.654-06
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2012
 Nome completo: Elizabeth Galdino da Silva Nº do documento: 012.398.654-06
 Profissão: Servidora pública Endereço: R. Cidade de Marizópolis Nº do documento: 012.398.654-06
 Bairro: Numbata Cidade: São Paulo Estado: PB CEP: 38.000-000
 E-mail: (11) 99921-9283

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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
☐ SEM RENDA

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 100092

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente apc, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Paulo, 02/05/2019
 Nome: Elizabeth Galdino da Silva
 CPF: 042.398.654-06

Assinatura de quem assina A RDO: Elizabeth Galdino da Silva

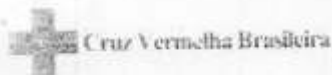
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____
 3ª Nome: _____ CPF: _____
 4ª Nome: _____ CPF: _____
 5ª Nome: _____ CPF: _____

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1099111



Identificação do paciente				
ID 1312946	Nome ELIZABETH GALDINO DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 07/09/1977	Idade 40 anos 10 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DO CARMO GALDINO DA SILVA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987574688	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Numero documento	Nº Cns		
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58083587	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CIDADE DE DIAMANTE	
Número SN	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS		
Admissão				
Data e Hora 04/08/2018 13:37:13	Número da pulseira 1000059899999		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos <i>Paciente deu entrada na unidade, vítima de acidente de moto</i>				
Diagnóstico <i>COMPREV</i>				CID
Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS				Tempo 01min 16seg

Imprimir

03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZABETH GALDINO DA SILVA

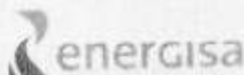
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000100092-0

Nr. da Autenticação E4574B6DF08FD1B8

JONAS OUTRA PEREIRA DOS SANTOS
 Rua Cidade de Mariborpolis 101 - MUMBABA
 JOAO PESSOA / PB CEP 58000000 (AG 1)
 Emissão: 24/01/2019 - Referência: Jan/2019
 C1999/SUBSIS RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 920 kWh - Cota Referencial João Pessoa / PB - CEP 58000000
 Rótulo: 15-2-723-2100 N° Medidor: 5000786014



ENERGISA PARA O ESTADO STRUTURADA DE ENERGIA SA
 Cota Referencial João Pessoa / PB - CEP 58000000
 CNPJ nº 06.908.140-01 - Ins. Est. 16.016.105-0

Nº de Fatura: Cota de Energia Básica Nº 9.121.162
 Cód. para Deb. Automático: 00017527821

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	24/01/2019	22/02/2019	050.226.874-37 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1752782-1**

Canal de contato

Quer receber a conta de luz? Atende-nos com o cartão, não precisa
 a porta da geladeira aberta sem necessidade, leve o cartão
 máximo de 10 segundos e não se esqueça de não se esquecer de
 pagar as luzes de bom dia amigos

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/12/18	5552	24/01/19	5877	1	90	29

Demonstrativo

CC: Descrição	Quantidade	Preço	Valor	Preço	Valor	Preço	Valor	Preço	Valor
5801 - Consumo em kWh	90,000	0,820610	73,85	73,85	20	19,70	79,81	0,25	2,25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0507 - CONTRIB SERV LUM PUBLICA			2,18	0,00	5	0,00	0,00	0,00	0,00

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CC: Cota de Classificação do Item: TOTAL: 91,96 76,81 19,70 79,81 0,25 2,25

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
81	31/01/2019	R\$ 81,96

Histórico de Consumo (kWh)

121	126	105	1	0	90	95	77	94	102	113	97
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18

43e8 7696 8101 c13d 6050 851e 9c9f 356f

Indicadores de Qualidade				31/2018 - Q1/2019
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DIGITIZADO	1,00	NORMAL	220	
DIGITIZADO	1,00	CONTRATUAL	220	
DIGITIZADO	1,00	LIMITE INFERIOR	190	
DIGITIZADO	1,00	LIMITE SUPERIOR	230	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Valor de Cota de Energia PB	73,85	90,10
Valor de Energia	19,70	23,94
Valor de Transmissão	0,00	0,00
Valor de Distribuição	0,00	0,00
Valor de Serviços	0,00	0,00
Valor de Taxas	0,00	0,00
Total	81,96	100,00

Valor em R\$ (R\$ 100,00) = R\$ 24,16

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PARA/SA

VENCIMENTO **31/01/2019** **TOTAL A PAGAR** **R\$ 81,96**

8362000000-5 81960149000-9 17527822019-9 01700002019-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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 Guilherme Flávio de A. Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.979.84 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elizabeth Galdino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.398.654 / 06, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Elizabeth Galdino da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.398.654 / 06, 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>Avenida João Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>53000-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 999.21-9283</u>

João Pessoa 03 de Maio de 2019
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Nóbrega
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALINE DE MACEDO LIMA
RG nº 2570637 data de expedição 13/05/2009
Órgão _____, portador do CPF nº 04154484967 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
DEPUTADO JOSE TAVARES, nº 357
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Elizabeth Galdino da Silva cujo o condutor era
Elizabeth Galdino da Silva.
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA PEX-150
Ano: 2014
Placa: NP2-344A-PB
Chassi: 922KFL710FR109103
Data do Acidente: _____
Local e Data: JOÃO PESSOA, 01/03/2019

Aline de Macedo Lima
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MEDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ELIZABETH GALDINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	07/09/77
NOME DA MÃE	MARIA DO CARMO GALDINO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.099.111
DATA DO ATENDIMENTO	04/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	13:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA
CID 10	S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, nega perda da consciência, cefaleia ou cervicalgia. Refere dor e deformidade em antebraço esquerdo. Glasgow 15. Torax e abdomen sem queixas. Lesão em comissura labial superior. Presença de fratura diafisária dos ossos rádio e ulna esquerdos. Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de antebraço esquerdo.
RX de punho esquerdo
RX de mão esquerda
RX de torax

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019

RESULTADOS DOS EXAMES:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fratura diafisária dos ossos da perna esquerda

TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	04/08/18
DATA DA EMISSÃO:	29/03/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

UNIDADE DE PACIENTES GRAVES

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

Tel: 32165700

CNES: 2592983

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ELIZABETH GALDINO DA SILVA	1099111	04/08/2018 13:37:13	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
07/09/1977	40a 10m 28d	Feminino	(83) 887574888
Mãe			Prontuário
MARIA DO CARMO GALDINO DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CIDADE DE DIAMANTE, SN	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES	10510/PB
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		
04/08/2018 13:37:13	04/08/2018 13:48:13		

Anamnese

- CIRURGIA GERAL

PACIENTE DE 40 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ HORAS. NEGA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, ALERGIAS OU COMORBIDADES. APRESENTA DESORIENTAÇÃO E PERDA DE MEMÓRIA DO OCORRIDO

AO EXAME:

- A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA.
C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.
D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS PRESERVADA.
E: LESÃO EM COMISSURA LABIAL SUPERIOR. DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO E EDEMA EM TORAX

CD: TC DE CARNIO

RX DE ANTEBRAÇO, PUNHO E MÃO DIREITA

USG FAST

RX TORAX

PARECER DA BUCCOMF, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP, LATERAL + OBLÍQUA)

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

Código	Descrição
S14.3	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

[Assinatura]
Bruno J. B. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PB 10510

Sistema registrado por: HUGO WENEC PEREIRA DOS SANTOS em 04/08/2018 13:38:29



Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

NOME DO PACIENTE WILSON DA SILVA					CNS		Prontuário	
Idade 42A 10M 28D		Sexo Feminino		Raça / Cor PARDA		Peso		Altura
Nome da Mãe CIARMO GALDINO DA SILVA		Nome da Pai NAO INFORMADO		Pressão		Temperatura		
Bairro INDÚSTRIAS		Cep 58083567		Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 987674588		
Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB		CNS 2593262		Telefone (83) 32165700				

Unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Encaminhamento RUA TARCISIO BURITY		
Exames complementares RADIO E ULTRA SONOGRAFIA DE RADIO E ULNA ESQUERDA		
Data de encaminhamento 10/08/2018 18:03:14		

Dr. Francisco
Médico
CRM PB 9603
CNS 70340457000000

Assinatura e carimbo do profissional

GRUPO E ASSISTÊNCIA

AV. CRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

32165700

ES: 4.45365

Nome	RAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOAO DA SILVA	1099111	04/08/2018 13:37:13	
Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
43a 10m 28d	Feminino		(83) 967574685
			Postuendo
Nome	Bairro	Município	UF
JOAO GALDINO DA SILVA	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Qualificante	Profissional	Nº Cons. Regional	
SN	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	9303/
		Data/Hora Prescrição	
		04/08/2018 16:01:26	

WIKITONIA#

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUEIXA DE DOR E DEFORMIDADE NO ANTEBRAÇO
DIREITO, SEM OUTRAS QUEIXAS.

DEFORMIDADE APARENTE NO ANTEBRAÇO ESQUERDO. PULSO RADIAL E ULNAR NORMAL.

... DE PARTES MOLES.

ESTRUTURA DIAFISÁRIA DE RADIO E ULNA ESQUERDA.

DO PALMAR ESQUERDA + ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME

CONCACAF

FRAMACOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE

PRÉPARER EM 100 MG/2,5 ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., AGORA

CONCLUSIONS

CO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: ESQUERDA)



POLYCLINICA

Nome	Data Prescrição	
ELIZABETH DE SOUSA FREITAS	04/08/2018 14:01:26	
Motivo da Atendimento	Nº Prescrição	Nº 109.111
	Validade da Prescrição	
	04/06/2018 15:01:00 - 04/07/2018 16:01:00	
Comércio	Sexo	Nome
SUS	FEMININO	
	Idade	Validade
	82,1000 28d	
	Validade do	Formulário / Foto
	07/09/197	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de uso	Via de	Valor Inf.	Pos	Aparazamento
1 TRABADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação:DILUIR EM 100ml DE SIF 0.9%	E.V.		AGORA	7 16/15
2 DEXAMETASONA 10MG/2.5ML (AMPOLA)	2.5	ML		E.V.		AGORA	

04 de Agosto de 2018

FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dr. Francinelo de Sousa Freitas
Médico
CRM PB 9603
CRM 7034304579057800



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 04/08/18 13:48
Usuário: BRUNO JOSE
Boleim: 1099111



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ELIZABETH GALDINO DA SILVA	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
Relativo ao Atendimento	07/08/1977	40a 10m 28d	FEMININO	1099111	04/08/2018 13:48:13		
	Enfermagem / Leito				Validade da Prescrição		
					04/08/2018 13:48:00 - 05/08/2018 13:48:00		
Carimbo					Senha		
SUS							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprimazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						
2 PARECER ORTO	0.0						
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						

04 de Agosto de 2018

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
CRM: 10510

Assinatura e Carimbo do Profissional


BRUNO J. B. GONÇALVES
MÉDICO
CRM - PB 10510

ELIZABETH GALDINO DA SILVA

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
(CRM: 10510/PB)

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
M. PB 10510
MEDICO

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
M. PB 10510
MEDICO



1099/11



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Exame: 201831479224

Data Nasc: 07/09/1977 - 40 anos

ELIZABETH GALDINO DA SILVA

Data Exame: 04/08/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Tomografia computadorizada com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado.

Observações:

Parenquima cerebral com coeficientes de atenuação preservados.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sulcos, fissuras e cisternas de aspecto habitual para a faixa etária.

Não há desvios das estruturas da linha média.

Não há sinais de coleções líquidas extra-axiais, ventriculomegalias hipertensivas, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda / subaguda.

Calota craniana sem sinais de fraturas desalinhadas aparentes.

Sinais de fraturas nas paredes do seio maxilar esquerdo e assoalho da órbita, com deslocamento e cavalgamento de fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se aumento de hiperdensidade no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

Interpretação definitiva de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(s) paciente(s).

Este laudo foi liberado em 04/08/2018 18:22.


Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

CERTIDÃO

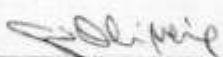
Nº. 0094/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA AMORIM 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 150934 e Prontuário nº 2018.08.000591 pertencentes a **ELIZABETH GALDINO DA SILVA** que foi atendido dia 04/08/2018 às 23H17min, vítima de colisão moto x pedestre, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/08/2018 com alta médica dia 21/08/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2019



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

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

Ficha Nr: 150934 Atd: Nao Regul
Data: 04/08/2018
Hora: 23:17:32
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELISABETE GALDINO DA SILVA

Numº de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.000591

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987574688

Natural: JOAO. PESSOA/PB Data Nasc.: 07/08/1977 Id: 41 ano(s)

End.: RUA CIDADE DE DIAMANTE, 247

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DO CARMO GALDINO DA SILVA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FILHO WEMERSON

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X PEDESTRE

Vitima de violencia por: EM CRUZ DAS ARMAS/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Tº MA BRACO E

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Indalecio Pocaill Fernandes
CRM 10.133 - Medicina Geral
CRM 10.137 - Fisiologia
FUNAD/CNS 0001283-90973



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elizabete Goldim Data da Admissão: ____/____/____
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento ____/____/____

QPD: Dor em artrodo (P)

HDA: Dor + deformidade e artrodo (P)
200 gms de cast. h. 17L

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

JUSTIFICATIVA PARA A SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

BLOCO CIRÚRGICO

DATA:	17/08/18	HORA:	15h.
PACIENTE:	Elizabeth G. de Silva.		
FOI JUSTIFICADO AO PACIENTE?	SIM ()	NÃO (X)	
ENFERMARIA:	32/440	LEITO:	

RELATÓRIO DO (A) MÉDICO (A) RESPONSÁVEL PELA SUSPENSÃO (assinar e carimbar)

Paciente teve procedimento suspenso por falta de sala no bloco cirúrgico.

RELATÓRIO DO (A) ENFERMEIRO (A) (assinar e carimbar)

Nome: ELISABETE GALDINO DA SILVA				Registro:	
Idade:	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 20 / 08 / 2018			Cirurgião: DR. TIBIRIÇÁ		
1º Assistente: LEONARDO R2			2º Assistente:		
Anestesista: Dra. CAMILA			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura dos Ossos do Antebraço ESQ</i>					<i>S52.4</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Antebraço</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro superior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região posterior de antebraço dorsolateral de Thompson

Dissecção por planos até foco de fratura do rádio

Incisão subcutânea em borda da ulna

Dissecção por planos entre o extensor ulnar do carpo e flexor ulnar do carpo

Achados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio

Visualização de fratura da diáfise da ulna

Conduta:

Realizada manobra de redução para rádio

Redução de fragmentos ósseos do rádio

Aposição de 01 Placa DCP 3.5mm + parafusos corticais

Realizada manobra de redução pra ulna

Redução de fragmentos ósseos da ulna

Aposição de 01 Placa 1/3 de cano 3.5mm + parafusos corticais

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Retirada de garrote de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

OBS:

Data: 20 / 08 / 2018

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 8877

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Ex zosterose (t)*

Conduta: *Tratam p/ Cing*

Dr. Indaiaza Faccini Fernandes
CRM: 100270 - RJ
FUND/CMS - 50016200019978

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CAPITANIAS NAVEGAÇÃO

ELIZABETH GALDINO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO Nº
1819407

CPF
012.398.654-06

DATA NASCIMENTO
07/09/1977

Nome
JOÃO PEREIRA DA SILVA
MARIA DO CARMO GALDINO
DA SILVA

1º ENDEREÇO
035522777639

2º ENDEREÇO
15/12/2021

1ª EMISSÃO
25/06/2012

VALIDA EM TODAS
AS TERRITORIAIS NACIONAIS
1405300097

1405300097

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
16/12/2016

05755232367
PB033753717

OTITRAN PB (PARAIBA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
 P-236

Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 03 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011
 NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA
 FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM
 MARIA DE FÁTIMA PINTO
 NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985
 DOC. ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063
 CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB
 CPF 011.197.984-69
 JOÃO PESSOA - PB
 ASSINATURA DO TITULAR
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 012974077988

82792625520

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VA 1 0060408401-2 00/00000000

ALINE DE MACEDO LIMA
RUA DEPUTADO JOSE TAVARES 352
CRUZ DAS ARMAS
58085730 JOAO PESSOA PB

01154484467 HP23441/PB

ISAAC CAVALCANTE GOMES

NOVO PB 9C7KE1710ER109103

PAS/MOTONETA/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/PCX 150 2013 2014

2 P/152 /C1 PARTIC VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : KE17KE1E109103

JOAO PESSOA - PB LOCAL 19399 20/01/2017 7603749

DETRAN - PB

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303768 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZABETH GALDINO DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 14.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303768 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZABETH GALDINO DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 14.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Elizabeth Galdino da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Servico gerar, residente e domiciliado à Rua Edack de Marizópolis, nº 104, bairro mumbola, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.200-000, portador(a) do Rg nº 1819407, SSP/ PB e CPF nº 012.398.654-06.

Outorgado: Giulhyana Flávia de Amorim Nóbrega, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Av. João Machado, nº 553, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58.200-000, portador (a) do RG nº 266.8293, SSP/ PB e CPF nº 011.193.984-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Elizabeth Galdino da Silva, ocorrido em 04.10.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

vinTE e sete, de fevereiro de 2015.



Elizabeth Galdino da Silva
Outorgante
CPF Nº 012.398.654-06

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



SNT
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Estado da Paraíba - Brasil

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de Elizabeth Galdino da Silva
Em test. da verdade. João Pessoa, 27/02/2019 10:18:01
José Francisco da Silva - Escrivão
(2019-005040)ENL:R4 19.91 FARPEN:R4 20.02.1981,98 ISS:R4 0,50
SELO DIGITAL: A1B86672-FXTV
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

José Francisco da Silva
Escrivão
OAB/PB 12.345

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148057/19

Vítima: ELIZABETH GALDINO DA SILVA

CPF: 012.398.654-06

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/08/2018

Titular do CPF: ELIZABETH GALDINO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

ELIZABETH GALDINO DA SILVA : 012.398.654-06

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: 03/05/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148057/19

Número do Sinistro: 3190303768

Vítima: ELIZABETH GALDINO DA SILVA

CPF: 012.398.654-06

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIZABETH GALDINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ELIZABETH GALDINO DA SILVA : 012.398.654-06

Autorização de pagamento

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: 09/05/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS