

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 079.930.614-23 4 - Nome completo da vítima: JOSEFMA CANDIDO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSEFMA CANDIDO DA SILVA 6 - CPF: 079.930.614-23  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA SEMEIRA 9 - Número: 914 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO PARAIBA 13 - Estado: 14 - CEP: 58357-00  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 083-98840-7085

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) op 013  
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 141580-3 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 após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA - PB 02/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
JOSEFMA CANDIDO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

---

**Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190603010**

**Vítima: JOSELMA CANDIDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSELMA CANDIDO 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.

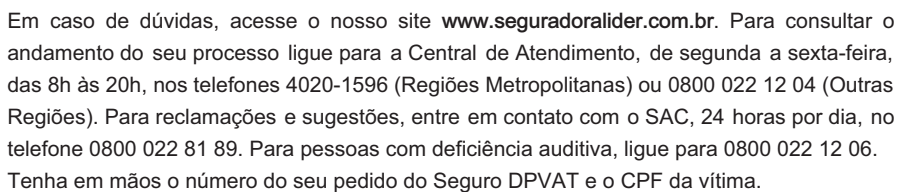
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

**Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190603010**

**Vítima: JOSELMA CANDIDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSELMA CANDIDO DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 15 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190603010**

**Vítima: JOSELMA CANDIDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSELMA CANDIDO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do 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

inferiores 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: **JOSELMA CANDIDO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000141580-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) op 013  
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 141580- 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 após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 12323.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12323.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:42 horas do dia 23 de outubro 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(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Joselma Cândido da Silva**, CPF nº 079.930.614-23, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Do Lar, filho(a) de Maria das Dôres da Silva e Ailton Cândido da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 27/08/1984 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Sementeira, Nº S/N, complemento AREA RURAL, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Assembleia de Deus, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 99816-0871.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Sítio Sementeira, nº S/N, Area Rural, Próximo a Sua Residência, Cruz do Espírito Santo/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 27/04/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

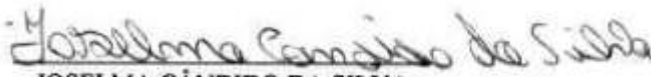
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 27/04/2019, POR VOLTA DAS 18H10MIN, VINHA TRAFEGANDO NA GARUPA DA MOTO, PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA, NO SÍTIO SEMEITEIRA, MUNICÍPIO DE CRUZ DE ESPÍRITO SANTOS, NA ZOA RURAL, NA MOTO DE MARCA-HONDA/NRX160 BROS ESD, DE COR-VERMELHA, ANO-2015/2016, PLACA-NQK7671/PB, CHASSI-9C2KD0800FR002166, CRLV EM NOME DA PESSOA RONALDO TAVARES DE BRITO, QUANDO FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE CRUZ DO ESPÍRITO SANTO, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA TARCISIO BURITY, SENDO CIRURGIADA NO DIA 20/05/2019, DE CORDO COM O CID S82.3, CONFORME CERTIDÃO DE Nº 1333/2019, COM ALTA MÉDICA NO DIA 21/05/2019, ASSINADA PELA MEDIDA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137.

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, 23 de outubro de 2019.

  
**GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA**  
Agente de Investigação

  
**JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA**  
Noticiante



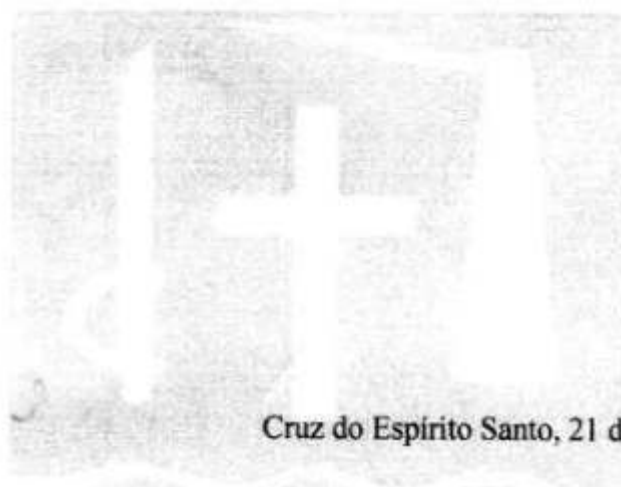
Procedimento Policial: 12323.01.2019.1.00.401



## SECRETARIA DE SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que, JOSELMA CANDIDO DA SILVA, RG: 3016457 SSP/PB, CPF: 079.930.614-23, residente no município de Cruz do Espírito Santo - PB, foi vítima de acidente automobilístico no dia 27/04/2019, por volta das 18:10 horas, e foi socorrido pela ambulância do município de Cruz do Espírito Santo e encaminhado para o Hospital, Tarcisio de Miranda Burity, localizado no município de João Pessoa - PB.



Cruz do Espírito Santo, 21 de outubro de 2019.

Atenciosamente,

*Amanda M. S. Lima*

*Amanda Moreira S. Lima*

Secretária de Saúde



# 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: 09/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELMA CANDIDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000141580-1

---

Nr. da Autenticação A23EDE98C9AFA534



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 032.524.053



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOSELMA CANDIDO DA SILVA  
SIT SEMEITEIRA S/N  
CRUZ DO ESPIRITO SANTO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1294983-0**

### REFERÊNCIA

**OUT/2019**

### APRESENTAÇÃO

**14/10/2019**

### CONSUMO

**129**

### VENCIMENTO

**21/10/2019**

### TOTAL A PAGAR

**R\$ 93,13**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

**00190.00009 02624.912008 07397.856175 6 80490000009313**

Pagador: JOSELMA CANDIDO DA SILVA CNPJ/CPF: 079.930.614-23

SIT SEMEITEIRA S/N - AREA RURAL - CRUZ DO ESPIRITO SANTO / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007397856	001294983201910	21/10/2019	R\$ 93,13	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



## CERTIDÃO

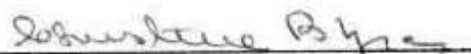
Nº. 1333/2019

Atendendo solicitação de JOSE ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº224991 e Prontuário Nº 2019.04.3311 pertencentes ao paciente **JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA** que foi atendido dia 27/04/2019 às 19h08min, vítima de queda de moto. Apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/05/2019. Com alta médica dia 21/05/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137

REFEITORIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

IA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

AX: ) - CNPJ:

Ficha Nr: 224991

Ad: Nao

Data: 27/04/2019

Hora: 19:08:13

Recepcionista: GABRIELA DA SO

Clínica: CIRURGICA

SAÚDE  
MANGABEIRA  
BURITY

ADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA

Num. Prontuario: 2019.04.083301

NS: 708909715797719 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 991608718

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1984 Id: 34 ano(s)

End.: SÍTIO CAMPOS SEMENTES E MUDAS, 00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB

Mãe: MARIA DAS DORES

Pai: AILTON CANDIDO DA SILVA

Ocupação: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DONA-DE-CASA

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSO

1/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: RESIDENCIA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vítima de acidente por: NAO

Vítima de violência por: NAO

1 Caso Policial

RE-CONSULTA

tipo de Classificação de Risco: AMARELO

A: FR:

TP:

peso: Altura:

glicemia: IMC:

irc. Abd: O2s:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Desorientado

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitação

☐ Regular

☐ Voz: **FORMOSO**

Observação

Lesão Principal

LAZAR DE MOTO, TRAUMA EM MID E ESCORIAÇÕES

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto TLE O. torax, abdome, perna li  
por um pouco de dor.

Lesão pequena ferimento, em perna li

hemorragia na coxa

Prescrição

Horário de atendimento

1) Atendimento  
2) Exo de perna li  
3) Analise de exames  
4) Sutura e dta de c

Dr. Antonio S. de Oliveira  
Cirurgião Geral



Ser:  
 Pac. inf. de acidente de mob.  
 Urgente em desm.  
 Com Vene em puno ①  
 Dose de fentanyl 100mcg ①

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

rx: fentanyl 100mcg, dose 1/2 bul  
 e 1/2 bul. com Vene  
 sang.

  
 Laíle E. G. Junior  
 Anotacoes da Traumatologia  
 CR. 12323

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
 [ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVD [ ] IMI

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] 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: \_\_\_\_\_

*Fratura de Ossa da Perna (FIBULA E TIBIA)*

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

*Fratura de ossos da perna*

Conduta: \_\_\_\_\_

*Tratamento Cirúrgico*



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Data da Admissão:** 29/04/19  
**Nome:** JOSEANA CARVALHO DA SILVA  
**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_  
**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** 1/1

**QPD:** Dor e limitação funcional em perna @  
**HDA:** Parat. q. v. m. de acidente de  
trav. com fratura de perna @  
Dor deflexão e limitação  
funcional perna @

**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Fome ☐ 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 ☐ Hematêmese ☐ 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-reposou ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Nome: <i>Josefma Candido</i>				Registro:	
Idade: <i>34a</i>	Sexo: <i>FEM</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>26/07/2017</i>			Cirurgião: <i>Humberto Jansen</i>		
1º Assistente: <i>Yury R2</i>			2º Assistente: <i>Eneas R3</i>		
Anestesista: <i>Dra Camila</i>			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Fratura dos Ossos da Perna D</i>				<i>S82.3</i>	
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Osteossíntese de Tíbia e Fíbula</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					

Dr. Eneas P. Pessoa Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 11852



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

## Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

## Incisão:

Incisão em 1/3 médio da região anteromedial da perna

Abertura de tensor da fascia lata

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face medial de diáfise da tibia

## Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia

## Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm

Aposição de 02 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm

Aposição de 03 parafusos proximais de Ø 4.5mm

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Incisão em região lateral da perna

Dissecção por planos até foco de fratura de fibula

Redução dos fragmentos ósseos

Aposição de 01 placa 1/3 tubular Ø 3.5mm

Aposição de 02 cortical Ø 3.5mm distais

Aposição de 03 parafusos proximais

## Rechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

## OBS:

Data:

20/05/19

Dr. Enes P. da Silva Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
Rég. nº 11852  
MEDICO/CRM



do Salma Condido da Silva

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA OCIDENTAL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 150

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

OSIRIS CÂNDIDO DA SILVA  
Ailton Cândia da Silva  
Maria das Dóres da Silva

Santa Rita pr

27.08.1984

DATA THE NATION/MILITARY

Cert. No. 9.568, fls. 250, liv. 10

with the following:

LE N° 7116 DE 2003

LEI Nº 7.114 DE 29-08-13



Ministério do Trabalho  
e Previdência Social

**CPF**

**Cadastro de Pessoas Físicas**

**Número de inscrição**

**079.930.614-23**

**Nome**


**JOSILMA CANDIDO DA SILVA**

**Nascimento**

**27/08/1984**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372338/19

Vítima: JOSELMA CANDIDO DA SILVA

CPF: 079.930.614-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: JOSELMA CANDIDO DA  
SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

JOSELMA CANDIDO DA SILVA : 079.930.614-23

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

3190603010

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

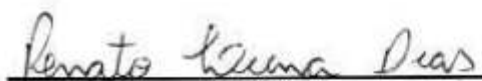
### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019  
Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA  
CPF: 079.930.614-23

JOSELMA CANDIDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

  
RENATO LUNA DIAS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190603010 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSELMA CANDIDO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P.6,7)  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR  
DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 inferiores	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:** 3190603010 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSELMA CANDIDO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P.6,7)  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR  
DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372338/19

**Número do Sinistro:** 3190603010

**Vítima:** JOSELMA CANDIDO DA SILVA

**CPF:** 079.930.614-23

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/04/2019

**Titular do CPF:** JOSELMA CANDIDO DA SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**JOSELMA CANDIDO DA SILVA : 079.930.614-23**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2019  
Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA  
CPF: 079.930.614-23

JOSELMA CANDIDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA