

# 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: JOSEFINA CÂNDIDO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	JOSEFINA CÂNDIDO DA SILVA		6 - CPF:	079.930.614-23	
7 - Profissão:	RECUSO	8 - Endereço:	SITIO SEMETEIRA	9 - Número:	911
11 - Bairro:	ZONA RURAL	12 - Cidade:	CRUZ DO ESPÍRITO SANTO PARANÁ	13 - Estado:	PR
14 - CEP:	5833700		16 - Tel.(DDD):	083-98840-7035	
15 - E-mail:					

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) OP. 013	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1914	(Informar o dígito se existir)
CONTA: 161580-	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	Nascido (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:		<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 (se alfabetizado)	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA PB 02/12/19  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações
----------------------------------	--

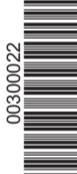
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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.

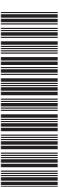
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**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 a 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, retorno 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: 099.930.614-23 4 - Nome completo da vítima: JOSÉLIMA CAVENDISH DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	JOSÉLIMA CAVENDISH DA SILVA		6 - CPF:	099.930.614-23
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:
15 - E-mail:				16 - Tel.(DDD): 033-97740-7035

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) OP 013 <b>AGÊNCIA:</b> 1914 <b>CONTA:</b> 141580- <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>		

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vánesco? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, _____  Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**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**

2ª DSCPC

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 Semementeira, 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 Semementeira, 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 SITIO SEMENTEIRA, MUNICÍPIO DE CRUZ DE ESPIRITO 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 ESPIRITO 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, expeço 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



## 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, Tarcísio de Miranda Burity, localizado no município de João Pessoa – PB.

Cruz do Espírito Santo, 21 de outubro de 2019.

Atenciosamente,

Amanda M. Lins

*Amanda Moreira S. Lins*

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 SEMEIRIA 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 SEMEIRIA 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 N° 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2019

\_\_\_\_\_  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
IA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
3056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
AX: - CNPJ:

Ficha Nr: 224991 And: Nao  
Data: 27/04/2019 SAÚDE  
Hora: 19:03:13 NGABEIRA  
Recepçcionista: GABRIELA DA CO BURITY  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA Num. Prontuario: 2019.04.00331

NIS: 708909715797719 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 991678718

Endereço: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1984 Id: 34 enc(?)

End.: SITIO CAMPOS SEMENTES E MUDAS,00

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

Mae: MARIA DAS DORES Pai: AILTON CANDIDO DA SILVA

Esposa: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DONA-DE-CASA

INFORMACOES DE ENTRADA

esp.: ESPOSO

Med/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

#### RE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

Altura: FR:

#### CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente saudável [ ] Gravemente ferido

[ ] Politraumatizado [ ] Edema

[ ] Hemorragia [ ] Displasia

[ ] Diarreia [ ] Receptaculo

[ ] Regular [ ] Vomito

[ ] Náuseas [ ] **torçozejo ①**

Observações

Obs:

Altura:

IMC:

Hr. Abd:

O2%:

Doença Principal

TRAUMA DE MOTO, TRAUMA EM MID E ESCORIACOES

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Andar de moto. TLE 0. dolor, llame, pulso lento

Dorsos pernas & dor.

pequeno ferimento em perna

ferimento na orelha.

Prescrição

Horario Atendimento

1 Horario Atendimento

2 Horario Atendimento

3 Horario Atendimento

4 Horario Atendimento

5 Horario Atendimento

6 Horario Atendimento

7 Horario Atendimento

8 Horario Atendimento

9 Horario Atendimento

10 Horario Atendimento

11 Horario Atendimento

12 Horario Atendimento

13 Horario Atendimento

14 Horario Atendimento

15 Horario Atendimento

16 Horario Atendimento

17 Horario Atendimento

18 Horario Atendimento

19 Horario Atendimento

20 Horario Atendimento

21 Horario Atendimento

22 Horario Atendimento

23 Horario Atendimento

24 Horario Atendimento

25 Horario Atendimento

26 Horario Atendimento

27 Horario Atendimento

28 Horario Atendimento

29 Horario Atendimento

30 Horario Atendimento

31 Horario Atendimento

32 Horario Atendimento

33 Horario Atendimento

34 Horario Atendimento

35 Horario Atendimento

36 Horario Atendimento

37 Horario Atendimento

38 Horario Atendimento

39 Horario Atendimento

40 Horario Atendimento

41 Horario Atendimento

42 Horario Atendimento

43 Horario Atendimento

44 Horario Atendimento

45 Horario Atendimento

46 Horario Atendimento

47 Horario Atendimento

48 Horario Atendimento

49 Horario Atendimento

50 Horario Atendimento

51 Horario Atendimento

52 Horario Atendimento

53 Horario Atendimento

54 Horario Atendimento

55 Horario Atendimento

56 Horario Atendimento

57 Horario Atendimento

58 Horario Atendimento

59 Horario Atendimento

60 Horario Atendimento

61 Horario Atendimento

62 Horario Atendimento

63 Horario Atendimento

64 Horario Atendimento

65 Horario Atendimento

66 Horario Atendimento

67 Horario Atendimento

68 Horario Atendimento

69 Horario Atendimento

70 Horario Atendimento

71 Horario Atendimento

72 Horario Atendimento

73 Horario Atendimento

74 Horario Atendimento

75 Horario Atendimento

76 Horario Atendimento

77 Horario Atendimento

78 Horario Atendimento

79 Horario Atendimento

80 Horario Atendimento

81 Horario Atendimento

82 Horario Atendimento

83 Horario Atendimento

84 Horario Atendimento

85 Horario Atendimento

86 Horario Atendimento

87 Horario Atendimento

88 Horario Atendimento

89 Horario Atendimento

90 Horario Atendimento

91 Horario Atendimento

92 Horario Atendimento

93 Horario Atendimento

94 Horario Atendimento

95 Horario Atendimento

96 Horario Atendimento

97 Horario Atendimento

98 Horario Atendimento

99 Horario Atendimento

100 Horario Atendimento

101 Horario Atendimento

102 Horario Atendimento

103 Horario Atendimento

104 Horario Atendimento

105 Horario Atendimento

106 Horario Atendimento

107 Horario Atendimento

108 Horario Atendimento

109 Horario Atendimento

110 Horario Atendimento

111 Horario Atendimento

112 Horario Atendimento

113 Horario Atendimento

114 Horario Atendimento

115 Horario Atendimento

116 Horario Atendimento

117 Horario Atendimento

118 Horario Atendimento

119 Horario Atendimento

120 Horario Atendimento

121 Horario Atendimento

122 Horario Atendimento

123 Horario Atendimento

124 Horario Atendimento

125 Horario Atendimento

126 Horario Atendimento

127 Horario Atendimento

128 Horario Atendimento

129 Horario Atendimento

130 Horario Atendimento

131 Horario Atendimento

132 Horario Atendimento

133 Horario Atendimento

134 Horario Atendimento

135 Horario Atendimento

136 Horario Atendimento

137 Horario Atendimento

138 Horario Atendimento

139 Horario Atendimento

140 Horario Atendimento

141 Horario Atendimento

142 Horario Atendimento

143 Horario Atendimento

144 Horario Atendimento

145 Horario Atendimento

146 Horario Atendimento

147 Horario Atendimento

148 Horario Atendimento

149 Horario Atendimento

150 Horario Atendimento

151 Horario Atendimento

152 Horario Atendimento

153 Horario Atendimento

154 Horario Atendimento

155 Horario Atendimento

156 Horario Atendimento

157 Horario Atendimento

158 Horario Atendimento

159 Horario Atendimento

160 Horario Atendimento

161 Horario Atendimento

162 Horario Atendimento

163 Horario Atendimento

164 Horario Atendimento

165 Horario Atendimento

166 Horario Atendimento

167 Horario Atendimento

168 Horario Atendimento

169 Horario Atendimento

170 Horario Atendimento

171 Horario Atendimento

172 Horario Atendimento

173 Horario Atendimento

174 Horario Atendimento

175 Horario Atendimento

176 Horario Atendimento

177 Horario Atendimento

178 Horario Atendimento

179 Horario Atendimento

180 Horario Atendimento

181 Horario Atendimento

182 Horario Atendimento

183 Horario Atendimento

184 Horario Atendimento

185 Horario Atendimento

186 Horario Atendimento

187 Horario Atendimento

188 Horario Atendimento

189 Horario Atendimento

190 Horario Atendimento

191 Horario Atendimento

192 Horario Atendimento

193 Horario Atendimento

194 Horario Atendimento

195 Horario Atendimento

196 Horario Atendimento

197 Horario Atendimento

198 Horario Atendimento

199 Horario Atendimento

200 Horario Atendimento

201 Horario Atendimento

202 Horario Atendimento

203 Horario Atendimento

204 Horario Atendimento

205 Horario Atendimento

206 Horario Atendimento

207 Horario Atendimento

208 Horario Atendimento

209 Horario Atendimento

210 Horario Atendimento

211 Horario Atendimento

212 Horario Atendimento

213 Horario Atendimento

214 Horario Atendimento

215

Sor.:  
Panit. mifur de cuello de mort.  
Ngo raro, en diseno  
Con Vaca, en puro ①  
Dura, desprendible en pera ①

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

O (assinatura e carimbo)  
Ex: fundo d. V. d. I. d. I. f. bel  
e) Inven. n. 1. em V. V. V.  
eng.

~~Latif G. Junior~~  
ANOTACOES OCA ENFERMAGEN CR.

Id	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				
343				
344				
345				
346				
347				
348				
349				
350				
351				
352				
353				
354				
355				
356				
357				
358				
359				
360				
361				
362				
363				
364				
365				
366				
367				
368				
369				
370				
371				
372				
373				
374				
375				
376				
377				
378				
379				
380				
381				
382				
383				
384				
385				
386				
387				
388				
389				
390				
391				
392				
393				
394				
395				
396				
397				
398				
399				
400				
401				
402				
403				
404				
405				
406				
407				
408				
409				
410				
411				
412				
413				
414				
415				
416				
417				
418				
419				
420				
421				
422				
423				
424				
425				
426				
427				
428				
429				
430				
431				
432				
433				
434				
435				
436				

Reservado p/ liberacao

**Assinatura da Enfermagem**

#### - PROCEDIMENTO REALIZADO

### ESTÍNO DO PACIENTE

Residencia       Transferido       Desistencia  
 Alta a pedido       Enfermaria      Obito:  Atestado  SVD  CME

**Assinatura do Paciente/Responsável**

Sociedade de Contabilidade e Medicina

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: [ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

*Fraqueza de Ossos da Perna (fibrose)*

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

*Fraqueza de ossos da perna*

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

*Hospital Clínico**Lauda F. D. Junior*



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 29/04/19

Nome: Joséma Carvalho da Silva Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /

QPD: Dor e limitação funcional em perna (P)

HDA: Painel vivido de dor lumbosacra com intensidade moderada e dor lombar  
piorando ao final da noite  
piorando ao final da noite (P)

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** [ ]Fadiga [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudoresc [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoco:** [ ]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 [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melenas [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume \_\_\_\_\_

**AGU:** [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos \_\_\_\_\_

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

Nome: <i>Joselma Cândido</i>				Registro:
Idade: 34a	Sexo: FEM	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP: LR:
Data: 26/07/2017		Cirurgião: Humberto Jansen		
1º Assistente: Yury R2		2º Assistente: Eneas R3		
Anestesista: Dra Camila		Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				
CID				
<i>Fratura dos Ossos da Perna D</i>				
S82.3				
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				
CID				
<i>O mesmo</i>				
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				
CÓDIGO				
<i>Osteossíntese de Tibia e Fíbula</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não Descreva:  <i>Dr. Eneas P. Pessoa Neto</i> <i>Médico e tra. Residente</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-PB 11852</i>				
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				

## DESCRÍÇÃO 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

Apoio de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm

" posição de 02 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm

Aposição de 03 parafusos proximais de Ø 4.5mm

Limpeza exaustiva 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:

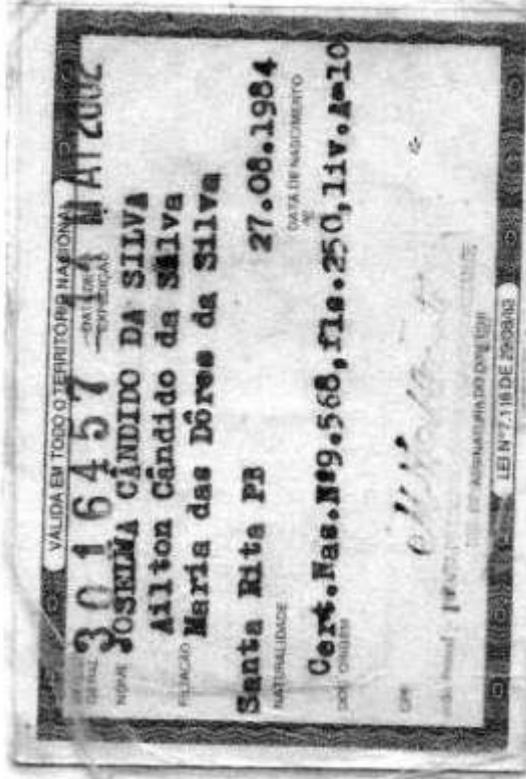
Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

### OBS:

Data: 20/05/19

RC Eneas P. de Souza Neto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1852  
MEDICO/CRM





Brasil

JOSÉ MARIA CANDIDO DA SILVA

079.930.614-23

27/05/1964

# 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

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

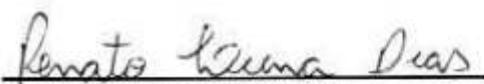
Data da apresentação: 24/10/2019  
Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA  
CPF: 079.930.614-23

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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

JOSELMA CANDIDO DA SILVA

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA