



Número: **0802067-29.2016.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **16/06/2016**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|--|-------------------|
| DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA (AUTOR) | | THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO (ADVOGADO) Raimundo Rodrigues da Silva (ADVOGADO) RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA FILHO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 33180 049 | 13/08/2020 11:38 | 2742136_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |



Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8313909

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117
Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 16/12/2015 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 14/06/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00743/00744 - carta_03





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8659455

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117
Vitima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000001337-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 5.062,50 |

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00797/00798 - carta_15R



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: 04/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000001337-8

Nr. da Autenticação 23B66A93F1AE38B4





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
1ª Superintendência Regional de Polícia
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
14ª Delegacia Distrital em Tibiri II

BOLETIM DE Ocorrência

Livro nº 001/2015
Ocorrência nº. 2278/2015

Carlos Ulisses
Av. Engenheiro Manoel de Araújo
11122-200, Tibiri II, Município de Santa Rita/PB

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi entregue, sob a fé (Art. 365-III do CPC).

Delegado Pessoa-PB, 02/03/2017 Josévaldo J. de Santana

Assinado eletronicamente em 13/08/2020 às 11:38:14
Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: ACTH592413067J, consulte o selo em: selo.tjpb.jus.br

Aos VINTE E CINCO dias de NOVENBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevi(o) do seu cargo, ai, por volta 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA, conhecido por **DEBORA**, Identidade nº 2.636.905-SSP/PB, CPF nº 046.451.414-22, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: balconista de supermercado, filha(a) de Jose Gomes Da Silva E De Maria Lucia Garcia Da Silva, natural de Santa Rita /PB, nascido(a) em 02/09/1984 (31. anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nova Floresta, 200, Tibiri 31, tendo como ponto de referência: proximo ao túnel, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98738-1397.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registra(r)/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
2) DATA DO FATO: 14 de 06 de 2015;
3) HORÁRIO: 22h:40min;

4) LOCAL: VIA PÚBLICA;
5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY;

6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;

7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUCTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;

8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

UMA MOTO HONDA CG 150 TITAN EX-DE COR VERMELHA, ANO MODELO 2013, CHASSI 9C2KC16600R528291, PLACA OFZ 5158, MUNICÍPIO BAYEUX-PB, TENDO COMO PROPRIETÁRIO O ANTONIO CARLOS DOS SANTOS.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

A NOTIFICANTE DISSE QUE NO MOMENTO EM QUE CONDUZIA A MOTO SUPRACITADA, INICIOU-SE UMA CHUVA, E COMO PORTAVA UMA BOLSA, A COLOCOU A TRÁS DAS COSTAS, NESSE MOMENTO, SE DESEQUILIBROU EM UM QUEBRA MOLA, POIS NÃO O TINHA VISTO, VINDO A CAIR NA AVENIDA, EM SEGUNDA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS SENDO LEVADA PARA O HOSPITAL SUPRACITADO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 767521, LA PERMANECER QUATRO DIAS SEM PREVISÃO DE CIRURGIA, SENDO CONDUZIDA DEPOIS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME BOLETIM DE ENTRADA Nº 846.123 COM POLITRAUMATISMO SEGUNDO CID 10 V29+552.5.0+582.1.0.

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) notificante, e por mim, escrevi(o) que digitei.

Debora Rosaline Garcia da Silva
DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivão(a)/Agente

FIC DPVAT
GRANDBERG
08 DEZ 2015



Seguradora Líder - DPVAT /AT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Suelio Moreira Torres, expedido por SSP EM 09.02.2020

PORTADOR(A) DO RG Nº 2636905 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO PROFESSOR

CPF 01404901040-2 /NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO: REEMBOLSO

E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO: REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VITIMA Suelio Moreira Torres SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGU DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 404 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00001337-8

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

Suelio Moreira Torres ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

27 de Novembro de 2019 LOCAL E DATA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise de indenização, acesse www.dpvatsegurodirtransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAMO BRAND/PB
DATA: 24/11/2015 HORA: 12:04:00
TELEFONE: 08001107 CONTROLE: 003611870240

AGENCIA: 1914 - SANTA RITA
CONTA: 013.00001337-8
CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS ATE 03/05/2012

| DATA | VALOR |
|-------|-------|
| 08/11 | 2,61 |
| 14/11 | 0,00 |

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

| DATA | VALOR |
|-------|--------|
| 14/11 | 485,63 |

MOVIMENTACAO

| DATA | NR. DOC. | HISTORICO | VALOR |
|------|----------|-----------|-------|
|------|----------|-----------|-------|

| | | | |
|----------------|--|--|---------|
| SALDO ANTERIOR | | | 485,35C |
|----------------|--|--|---------|

Novembro

| | | | |
|-------|--------|-------------|-------|
| 08/11 | 000000 | REM BASICOT | 0,00C |
| 08/11 | 000000 | CRED JUROS | 0,01C |
| 14/11 | 000000 | REM BASICA | 0,86C |
| 14/11 | 000000 | CRED JUROS | 2,82C |

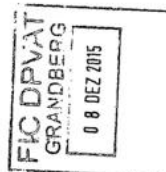
| | | | |
|-----------------|--|--|---------|
| RESUMO EM 23/11 | | | 488,24C |
| SALDO | | | |

| | | | |
|------------------|--|--|---------|
| RESUMO DO DIA | | | 0,00 |
| SALDO BLOQUEADO | | | 488,24C |
| SALDO DISPONIVEL | | | 488,24C |
| SALDO TOTAL | | | |

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONEXA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



Condições de Seguro DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

SINISTRO

Número do Sinistro: 3151041117

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA Data do 14/06/2015
CPF: 046.451.414-22 CPF de: Próprio Acidente:
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A Titular do CPF: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

| Documento | Status | Motivo | Comentário |
|---------------------------------------|------------|--------|------------|
| Boletim de ocorrência | Entregue | | |
| Certidão de casamento | Dispensado | | |
| Certidão de inexistência de IML | Entregue | | |
| Certidão de nascimento | Dispensado | | |
| Comprovação de ato declaratório | Pendente | | |
| Declaração do Proprietário do Veículo | Entregue | | |
| Documentação médico-hospitalar | Entregue | | |
| Documentos de identificação | Entregue | | |
| DUT | Entregue | | |
| Laudo do IML - Lesões corporais | Dispensado | | |
| Outros | Entregue | | |

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

| Documento | Status | Motivo | Comentário |
|--|------------|--------|------------|
| BENEFICIÁRIO - DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA | | | |
| Alvará judicial | Dispensado | | |
| Autorização de pagamento | Entregue | | |
| Comprovante de residência | Entregue | | |

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.

Portador da documentação entregue

Data: 16/12/2015
Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
CPF: 046.451.414-22

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 16/12/2015 10:22
Nome: Paulo Ricardo Ximenes de Paiva
CPF: 322.960.293-53

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Paulo Ricardo Ximenes de Paiva



22015

SIS DPVAT Sinistros - Atendimento

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

15-44323
Seguradora Líder dos
Comícios de Seguro DPVAT

NÍSTRO

Número do Protocolo: ASP-254015/2015

Natureza: Invalidiz

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Seguradora: MMW SEGURADORA S/A
CPF da Vítima: 046.451.414-22046.451.414-22
PróprioData de Nascimento: 02/09/1984
Data do Sinistro: 19/06/2015
DEBORA ROSALINE GARCIA DA
Titular do CPF: SILVA

DOCUMENTOS SINISTRO

| Documento | Data | Status | Observação |
|-----------------------|------------|----------|------------|
| Boletem de ocorrência | 08/12/2015 | Entregue | |

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

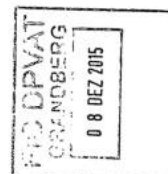
Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Telefone: (83) 99332-9009(83) 99332-
Celular: (83) 988729070(83) 988729070Ata de entrega provida para identificação na documentação cabida para o ato cadastramento total. Os documentos são
prezados em nome, sendo obrigatório a entrega necessária e contradição de registro de entrega.

Data de emissão deste aviso provisório: 08/12/2015

Ata de entrega provida para identificação na documentação cabida para o ato cadastramento total. Os documentos são
prezados em nome, sendo obrigatório a entrega necessária e contradição de registro de entrega.



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Deborah Rosaline Garcia da Silva
DATA DO ACIDENTE 19/06/2015 CPF DA VÍTIMA 046.451.414-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Deborah Rosaline Garcia da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DO VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Deborah Rosaline Garcia da Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Nova Floresta
Nº 200 COMPLEMENTO BAIRRO Município
CIDADE Santa Rita UF PB CEP 58302-275
E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

CPF 046.451.414-22

ASSINATURA Deborah Rosaline Garcia da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:38:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311381434500000031760001>

Número do documento: 20081311381434500000031760001



| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES | |
|---|------------------------------------|
| DETRAN - PB Nº 012030279708 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO | |
| VIA 00564959510-00070000000-2015 | |
| NOME: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS | |
| CPF/CNPJ: 91695104404 | PLACA: OFZ5158/PB |
| NOVO CA ANT / LIT: PB 9C2KCI660DR528291 | |
| PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | REC/GASOL |
| HONDA/CG 150 TITAN EX | 2013-2015 |
| 2ª P/149 / CI | PARTE VERMELHA |
| IPVA PAGO EM 27/07/2015 | VENC / COTAS |
| 1ª | 2ª |
| 3ª | |
| PREMIO TARIFARIO | PREMIO TARIFARIO |
| 2013 (R\$) 9 | 9C2KCI660DR528291 |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) |
| ***** | SEGURO |
| PAGAMENTO | DATA DE QUITAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT | |
| CNPJ 08.248.600/0001-04 | |
| 8290-1205229-20150727 | |

DETRAN - PB Nº 012030279708 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 27/07/2015
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA ANTONIO CARLOS DOS SANTOS PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

ALD 91695104404 Nº CHASSI OFZ5158/PB

00564959510 HONDA/CG 150 TITAN EX

PREMIO TARIFARIO

2013 (R\$) 9 9C2KCI660DR528291

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)

***** SEGURO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.600/0001-04

8290-1205229-20150727



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:38:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311381434500000031760001>

Número do documento: 20081311381434500000031760001



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2636905 DATA DE EXPEDIÇÃO 03 MAR. 1999

NOME DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

FILIAÇÃO José Gomes da Silva
Maria Lúcia Garcia da Silva

Santa Rita PB 02.09.1984

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert. Nasc. 30.706, Fls. 220, l. iv.
A-26, Cart. de Santa Rita PB

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.176 DE 29/06/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Titular

06





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 046.451.414-22

Nome da Pessoa Física: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 02/09/1984

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2001

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 21:08:14 do dia 08/12/2015 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 548F.7E17.9E2A.F13F
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço

Este documento não substitui o

(Modelo aprovado pela INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



<http://www.receita.fazenda.gov.br/aplicacoes/atcta/cpf/ConsultaPublicaExibir.asp> 08/12/2015



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:38:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311381434500000031760001>

Número do documento: 20081311381434500000031760001



For assinatura
nas 4 páginas
Ficha de Atendimento Ambulatorial 19/06/15



GOVERNO
DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena
INTERNO, S/N - CNES: 454548 - Tel:

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 846123

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|----------------|
| Identificação do paciente | | Data e Hora Prevista 19/06/2015 11:26:36 | |
| ID | Nome | Sexo | |
| 90217 | DEBORA ROSALINE GARCIA SILVA | Feminino | |
| Data de Nascimento 03/09/1984 | Estado civil UNIAO ESTAVEL | Religião CATOLICA | Profissão |
| Nome MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA | Idade 30 Anos(s) | Pai JOSE GOMES DA SILVA | |
| Exatidão MEDIO INCOMPLETO | | Responsável (Parentesco) | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 88830921 | DDD Fixo | Fone Fixo |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 2828905 | Nº Cria | 70800533169328 |
| Endereço | | | |
| CEP 5802275 | Município de residência SANTA RITA | Logradouro | Nova Floresta |
| Número 200 | Complemento | Bairro | Municípios |
| Atendido por MARIA SORAYA ROCHA | Número da publicação 3341819 | | |
| Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | | | |

Imprimir

| | |
|------------------------|---|
| QUEIXA PRINCIPAL: | paroste vntre de enfite de motocicleta de 1º dia vntre de vntre nao, a joia de fintura, onde vntre com fntura de joia fntura e vntre de joia CID: joia de vntre para fntura de joia |
| EXAME FÍSICO: | |
| EXAMES COMPLEMENTARES: | |
| DIAGNÓSTICO: | |
| CONDIÇÃO: | |



F(NG)ACMIA.001-1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:38:14
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311381434500000031760001
Número do documento: 20081311381434500000031760001



TESTE

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|
| <p>PRESCRIÇÃO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____</p> | <p>ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____</p> | <p>PROCEDIMENTOS: () Curativo () Pequeno () Médio () Grande</p> <p>() Tipóia Grande () MJ () Aparelho Gessado: _____</p> <p>() Tala Gessada: _____ () Velpeu em Crepom</p> <p>() Retirada de Pontos () Tala Metálica () Ouros: _____</p> | <p>EXAME RADIOGRÁFICO:</p> <p>Local: _____ Lado do Corpo: () Direito () Esquerdo</p> <p>Incidência: () Antero - Posterior () Postero - Anterior () Perfil () Especial</p> <p>Assinatura e Carimbo: _____</p> | <p>DESTINO DO PACIENTE:</p> <p>() Residência () Enfermaria () Observação</p> <p>() Óbito () Retorno Ambulatorial () Alta Ambulatorial</p> <p>Assinatura do Médico e Carimbo: _____ Data de Retorno: _____</p> |
|---|--|---|--|--|---|

F(NG).ACMIA.001-1





RECEPTE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número:

Paciente: Dona Roseline Garcia Silva

Procedimento: Tat. Emul. Frat. Radio Dital + Tat. Aug. Frab

SUS: ☒ Não SUS ()

Médico: DRº Ricardo + DRº Kaitney + DRº Felipe (R1)

Prontuário: 846123

Data: 1/1

Reposição:

FIC DPVAT
GRANDBERG

08 DEZ 2015

Caixa Proma:

DISPENSÇÃO CME

| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
|------------|----------------------|------------|------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
|------------|------------------------------|-------------|------------|-------|
| | <u>soluções de base A-50</u> | <u>(01)</u> | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dra. Diana M. M. F. Ramos

CRP 057045

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

José Edilson de Silva Galvão

CRP 057045

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO - COREN

Assinatura do Responsável
Fic. de Farmácia
COREN 057045

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

(FNG) APC.013-2

Assinatura de Val de Oliveira
Fic. de Farmácia
COREN 057045



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:38:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311381434500000031760001

Número do documento: 20081311381434500000031760001



Número: 01
 Paciente: Paula Pereira Costa
 Procedimento: DR - Rente
 SUS: / Não SUS: /
 Médico: Dr. Raimundo Paulo + DR - Rente + DR - Teófilo

Prontuário: 846123
Data: 26.03.15
Reposição: _____



| DISPENSACÃO CME | | | | |
|-----------------|--------------------------|------------|------------|-------|
| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
| | Eixo de Kirschner n° 1,5 | 03 | | |
| | 11 11 11 n° 2,5 | 01 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| DISPENSACÃO - FARMÁCIA | | | | |
|------------------------|---|------------|------------|-------|
| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
| Enteplan 45 | Ptbra em "L" 2/6 (Aurelia) Equivada | 01 | | |
| | ✓ Curativos Portais n°=38(02) + n°=16(01) | 03 | | |
| | - 11 Opções n°=10(01) + n°=80(01) | 02 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

João Edilberto de Silva Galdino
CORRENTE 424.987
ASSINATURA EM LÍQUIDAÇÃO - COREN

ASSINATURA DO REPRESENTANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2

Luana Carla M. de Oliveira
Téc. em Enfermagem
CRM 622-83





RELATÓRIO DE CIRURGIA

RECIBO

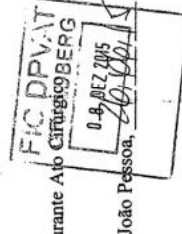
Nome: Deivane R. J. Silva BE/Prontuário: 1
Idade: 34 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: 1 Data: 1 / 1 / 1
Clínica/Setor: EMP: LR:
Cirurgia: 1
Cirurgião: 1 1º Assistente: TEOFILO (2)
2º Assistente: 3 3º Assistente: 4
Instrumentador: 5 Anestesista: 6
Tipo de Anestesia: 7 Horário: Início 8 : 9 : 10 Término 11 : 12 : 13

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|---------------------------------|----------|
| <u>Exatidão do plano distal</u> | <u>1</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--------------------------|----------|
| <u>Distal</u> | <u>1</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição:

Biopsia de Congelamento: () Sim (X) Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
(X) Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico




Médico/CRM: F(NG) ASCIR 009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

THESE

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA | |
|-----------------------|--|
| Posição e Preparo: | |
| Incisão: | <p>Pinça para pontos e suturação do intestino</p> |
| Achados: | <p>O intestino de probus do coto distal.</p> |
| Conduta: | <p>Fos 45 Fos embolus sem suturas</p> |
| Fechamento: |  |
| Observação: | |

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-I







GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Lauda Médico / Resumo de Alta

| | |
|---|--|
| Nome: <u>Pedro Loraine</u> | Registro: <u>2866/11</u> |
| Idade: <u>30a</u> | Sexo: <u>M</u> |
| | Cor: <u>br</u> |
| | End: <u>Alameda</u> |
| Data de admissão: <u>19/06/15</u> | Data da alta: <u>28/06/11</u> |
| Diagnóstico inicial: <u>Embrião de 15 dias</u> | |
| Diagnóstico final: <u>Embrião de 15 dias</u> | |
| Outros diagnósticos: | |
| Principais exames: <u>ecografia</u> | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <u>infundido cirúrgico</u> | |
| Terapêutica medicamentosa: <u>Dr. Karstaby</u> | |
| Anatomia patológica | |
| Infecção: sim () não () | Coleta de material: sim () não () |
| Resultado bacteriológico: | |
| Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () | Óbito () |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente em recuperação</u> | |
| Dieta: <u>Dieta Orientações Pos Alta</u> | |
| Repouso: <u>90</u> dias | relativo em casa por <u>90</u> dias |
| retorno às atividades sem esforço físico em <u>90</u> dias | |
| retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias | |
| Cuidados com a ferida operatória: <u>lavada com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma-Senador Humberto Lugones</u> | |
| Medicações para casa: <u>cefalexina + pivmecillinam</u> | |
| Retorno: <u>3 dias</u> | |
| Ao posto de saúde em <u>H.S.O.P.</u> | para retirada de ponto: <u>3 dias</u> |
| Ao ambulatório | em 30 dias para revisão: <u>3 dias</u> |
| João Pessoa: <u>28</u> de <u>06</u> de <u>11</u> | Ass. Médico: <u>Dr. Karstaby</u> |





| | |
|--|--|
|  GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCEVA DIVISÃO MÉDICA | |
| LAUDO MÉDICO | |
| INFORMAÇÕES PESSOAIS | |
| NOME DO PACIENTE | DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA |
| DATA DE NASCIMENTO | 02/09/84 |
| NOME DA MÃE | MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA |
| DADOS EXTRAÍDOS | |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 846.123 |
| PRONTUÁRIO N.º | 89.286 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 19/06/15 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 11:26H |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | POLITRAUMATISMO |
| CID 10 | V29 + S62.5.0 + S82.1.0 |
| AValiação INICIAL: | |
| PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ ± 10 DIAS, ENCAMINHADO POR OUTRO SERVIÇO, COM QUEIXA DE DORES EM PUNHO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, ENCAMINHADA POR OUTRO SERVIÇO. | |
| EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS: | |
| RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL. RX DE JOELHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS | |
| TRATAMENTO: | |
| PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA INGUINO-PODÁLICA OERADA POR DR. KARTNEY + TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM OSTEOSSÍNTESE OPERADA POR DR. RICARDO RAMOS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXIOPAMAR. | |
| ALTA HOSPITALAR: | 28/06/15 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AGENDADO |
| DATA DA EMISSÃO: | 09/10/2015 |
|  Dr. Joacila Braga Brandão CRM: 1741/PB | |

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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Carlos dos Santos
 RG nº 1679205, data de expedição 12/12/1991 Órgão SSP
 portador do CPF nº 91695104404, com Domicílio na
 cidade de Santa Rita, no Estado de Pernambuco, onde
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Dedinho Lopes
 nº 911, complemento Edif. Santa Rita declaro, sob as penas da Lei, que
 o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
 ocorrido com a vítima Deborah Robeline Garcia Silva
 cujo o condutor era Antonio Carlos dos Santos

Veículo: Honda / CG 150 Titan Ex
 Ano: 2013 / 2013
 Modelo: Honda / CG 150 Titan
 Placa: OF25158 / PB
 Chassi: 9C8KC1660DR528291
 Data do acidente: 19/10/2015

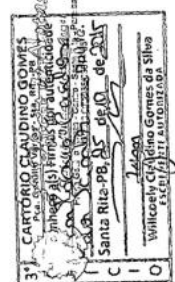
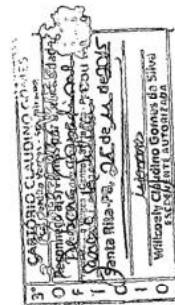
Local e data: Santa Rita / PB - 25/11/2015

X Antonio Carlos dos Santos
 Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Deborah Robeline Garcia da Silva



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deborah Roseline Garcia da Silva,
RG nº 2636905, data de expedição 09/03/1999,
Órgão SSP, CPF nº 046.451.414-22, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | R. Nova Floresta |
| Número | 200 |
| Aptº / Complemento | |
| Bairro | Municípios |
| Cidade | Santa Rita |
| Estado | Pernambuco |
| CEP | 58302-275 |
| Telefone de contato | 83.9985.5950 / 98872.9070 |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita, 08/27/11/2015.



Deborah Roseline Garcia da Silva
Assinatura do Declarante

Deborah Roseline Garcia da Silva
Pessoa física





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2020 11:38:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311381434500000031760001>

Número do documento: 20081311381434500000031760001

SAC 0800 724 4845



DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
R NOVA FLORESTA 200
MUNICIPIOS
58302-275 SANTA RITA PB



Postagem: 28/07/2015
Vencimento: 08/08/2015
Emissão: 28/07/2015
Fechamento próximo figura: 04/08/2015

Titular
Código 5487.XXX.XXX.6080

Para que a fatura impressa chegue em casa? Clique aqui para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartas/cadastre-fatura-digital



Resumo da fatura em R\$

| | |
|----------------------------------|---------------|
| Total da fatura anterior | 312,91 |
| Pagamento efetuado em 08/07/2015 | - 312,91 |
| Saldo financiado | 0,00 |
| Encargamentos atuais | 318,47 |
| Total desta fatura | 318,47 |





| Código | Descrição |
|--------|--------------------|
| Z00.0 | Exame médico geral |

| Seção | Informação | Valor |
|------------------------|------------------------|--|
| CLASSIFICACAO DE RISCO | CLASSIFICACAO DE RISCO | 14/06/2015 19:10:02 |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | ESCALA DE DOR | AREA VERDE |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | QUEIXA DO PACIENTE | DOR 5 |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | POSSUI ALERGIA? | ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC. |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | HAS | 120X70 |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | TABAGISMO | 102 |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | ALCOOLISMO | NEGA |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | PNEUPATIAS | Não |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | CARDIOPATIAS | Não |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | NEUROLÓGICOS | Não |
| CLASSIFICACAO DE RISCO | DIABETES MELLITUS | Não |

| Conduta médica |
|----------------|
| A |

Dra. Alana Moura Di Pace
Médica
CRM 3566
ALANA MOURA DI PACE
(85661PB)

Debora Rosalva
DEBORA ROSALVA



INTERNO, S/N -
CNES: null - Tel.:

| | | | | | |
|-------------------------|---|----------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| Paciente | DEBORA ROSALINA | BAE | 45710 | Data/Hora Entrada | 14/06/2015 19:02:15 |
| Data de nascimento | 02/09/1984 | Idade | 31 | Sexo | Feminino |
| Mãe | MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA | CNS | | Telefone de Contato | |
| Endereço | Principal, 200 - RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III | Bairro | Capitão | Município | SANTA RITA |
| Acidente | | Motivo | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | UF | PB |
| Data/Hora Classificação | 24/06/2015 01:50:03 | Profissional | ALANA MOURA DI PAZ | Nº Cons. Regional | 8666/PB |
| | | Data/Hora Prescrição | 14/06/2015 19:28:05 | | |

CLASSIFICACAO CLINICA

| | |
|------------------------|--|
| QUEIXA DO PRINCIPAL | ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC. |
| ANTECEDENTES MORBITOS | HAS Não |
| CARDIOPATIAS | Não |
| DIABETES MELLITUS | Não |
| PNEUMOPATIAS | Não |
| NEUROLÓGICOS | Não |
| TABAGISMO | Não |
| ALCOOLISMO | Não |
| ALERGIA | POSSUI ALERGIA? NEGA |
| ESCALA DE DOR | ESCALA DE DOR DOR 5 |
| SINAIS VITAIS | PA 120x70 FR 102 |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AREA VERDE |

Anamnese

PCTE JOVEM VEIO AO SERVIÇO COM QUADRO DE ESCORIAÇÕES POR TODO EM BRACO, ANTEBRACO, PERNAS ESQUERDAS HA 30 MINUTOS, NEGANDO PERDA DE CONCIENCIA

Exame Físico

ESCORIAÇÕES DIVERSAS

CID10

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Suelma Rosalene Garcia da Silva, portador da
carteira de identidade nº 2636905 e inscrito no CPF nº 046.471.414-22
residente e domiciliado na R. Nova Floresta, 200 Município de
CEP: 58302-275, Cidade Santa Rita
Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado
de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

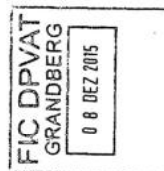
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro
DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo
automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a
análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

Suelma Rosalene Garcia da Silva
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Santa Rita - PB - 27 de Novembro 2015
Local e data



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3151041117 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/06/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / JOELHO ESQUERDO: 75% DE 25% / PUNHO ESQUERDO: 75% DE 25% / TOTAL: 37,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| | | Total | 37,5 % | R\$ 5.062,50 |

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

