

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190498956 Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

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



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190498956 Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA DA SILVA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
-----------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498956

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA 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, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498956

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA 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\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **MIRIAM PEREIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000045156-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima

Nome completo da vítima

077.897.224-09

Miriam Pereira da Silva

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

Nome completo:

Miriam Pereira da Silva

CPF:

077.897.224-09

Profissão:

Recuso

Endereço:

R. Rita Ferreira da Silva

Número:

385

Complemento:

Bairro:

Trangabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58000-000

E-mail:

Tel. (DDD):

(83) 98663-4900

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3487

CONTA:

45156

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 488 9000
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (v) nascido?

☐ Sim ☐ Não

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 199 do Código Penal.

Assinatura
digo(a) por
vítima ou
beneficiário
ou representante

Local e Data:

João Pessoa - PB 23/08/19

Nome:

Christian G. do Nascimento

CPF:

047.903.064-13

Christian G. do Nascimento

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

Yasmin A. da Silva

CPF:

714.190.954-04

Yasmin A. da Silva

Assinatura

2ª Nome:

Christian G. do Nascimento

CPF:

037.645.454-70

Christian G. do Nascimento

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

3487.01345156-7

Espaço reservado para preenchimento do número de conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva. Ouvidoria

37 158 1004

agências

Miriam Pereira da Silva

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 AGO. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 077.897.224-09 Nome completo da vítima: Miriam Pereira da Silva

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

Nome completo: Miriam Pereira da Silva CPF: 077.897.224-09

Profissão: Recuso Endereço: R. Rita Ferreira da Silva Número: 385 Complemento: _____

Bairro: Trangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 98663-4900

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 45156 7 ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente (ou para fins de renúncia a uma das opções).

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Cód. 98/2011, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: João Pessoa - PB 23/08/19

Nome: Christina G. do Nascimento

CPF: 043.903.064-13

Christina G. do Nascimento

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Yasmin A. da Silva

CPF: 314.190.954-04

Yasmin A. da Silva

Assinatura

2º | Nome: Christina G. do Nascimento

CPF: 037.645.454-70

Christina G. do Nascimento

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02240.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02240.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:38 horas do dia 20 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Miriam Pereira da Silva**, CPF nº 077.897.224-09, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luzia Maria da Conceição e Pai Não Declarado, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 08/03/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Margarida Maria Alves, Nº 86, complemento COMUNIDADE DO TIMBÓ, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Depósito de Construção de Joselio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98678-4919.

Dados do(s) Fatos:

Local: Julio Soares da Silva, Cidade Verde, Mercadinho Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava no carona do veículo pas/motocicleta, marca e modelo: I/LONCIN ITALIKA XT 50, ano e modelo: 2014 de cor vermelha, placa: QFD 1563/PB, Chassi nº LLCJBBC00E1100146, registrado em nome de Sheila Nascimento Reis-CPF nº 052.168.084-00, (amiga da notificante); QUE segundo a notificante trafegava no carona onde quem pilotava era a própria proprietária acima mencionada; QUE segundo a declarante seguia normalmente quando a sua amiga que pilotava a moto perdeu o controle devido o veículo ter derrapado quando tentava passar em um quebra molas; QUE devido ao fato piloto e carona vieram a cair ao chão; Que devido ao fato a declarante veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1525/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 22/10/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 20 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MIRIAM PEREIRA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 02240.01.2018.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 077.897.224-09 CPF da vítima: 077.897.224-09 Nome completo da vítima: **Miriam Pereira da Silva**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **Miriam Pereira da Silva** CPF: 077.897.224-09
 Profissão: **Recuso** Endereço: **R. Rita Ferreira da Silva** Número: **385** Complemento:
 Bairro: **Trangabeira** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58000-000**
 E-mail: Tel. (DDD): **(83) 98663-4900**

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3487** CONTA: **45156** **7**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 488 9000
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (v) nascido? ☐ Sim ☐ Não 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 199 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 23/08/19**
 Nome: **Christian G. do Nascimento**
 CPF: **047.903.064-13**
Christian G. do Nascimento
 (*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Yasmin A. da Silva**
 CPF: **714.190.954-04**
Yasmin A. da Silva
 Assinatura
 2ª Nome: **Christian G. do Nascimento**
 CPF: **047.903.064-13**
Christian G. do Nascimento
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

3487.01345156-7

Espaço reservado para preenchimento do número de conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva. Ouvidoria

37 158 1004

agências

Miriam Pereira da Silva

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 AGO. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU
192

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 807/058, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2119197, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MIRIAM PEREIRA DA SILVA** idade 36 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 01/07/2018, na R. Júlio Soares da Silva, Bairro: Mangabeira (Cidade Verde) - João Pessoa - aproximadamente às 17:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 16 de Julho de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

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: 11/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000045156-7

Nr. da Autenticação 312568DB710CB57B

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc.
 ISBN 0-471-48683-6

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	18/07/2019	15/08/2019	759.220.124-15

UC (Unidade Consumidora): 5/409169-0

Canal de contato

O Brasil Quer
 1. O Brasil quer um pacote econômico sólido e eficiente, que permita
 2. a redução da dívida pública e a melhoria da gestão pública.
 3. O Brasil quer um plano de investimentos que permita a
 4. recuperação da economia e a criação de empregos.
 5. O Brasil quer um programa de reformas estruturais que permita
 6. a modernização da economia e a melhoria da competitividade.
 7. O Brasil quer um sistema de saúde que permita a melhoria da
 8. qualidade de vida da população.
 9. O Brasil quer um sistema de educação que permita a melhoria
 10. da qualidade da formação profissional.
 11. O Brasil quer um sistema de segurança pública que permita a
 12. redução da criminalidade e a melhoria da sensação de segurança.
 13. O Brasil quer um sistema de transporte que permita a melhoria
 14. da infraestrutura e a redução dos custos de transporte.
 15. O Brasil quer um sistema de energia que permita a melhoria
 16. da eficiência e a redução dos custos de energia.
 17. O Brasil quer um sistema de saneamento básico que permita a
 18. melhoria da qualidade da água e a redução dos custos de saneamento.
 19. O Brasil quer um sistema de habitação que permita a melhoria
 20. das condições de moradia e a redução dos custos de habitação.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
15/08/19	22462	18/07/19	22522				
Demonstrativo							
001	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
002	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
003	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
004	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
006	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
007	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
008	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
009	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
010	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
011	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
012	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
013	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
014	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
015	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
016	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
017	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
018	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
019	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
020	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
021	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
022	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
023	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
024	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
025	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
026	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
027	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
028	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
029	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
030	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
031	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
032	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
033	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
034	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
035	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
036	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
037	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
038	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
039	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
040	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
041	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
042	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
043	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
044	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
045	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
046	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
047	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
048	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
049	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
050	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
051	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
052	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
053	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
054	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
055	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
056	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
057	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
058	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
059	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
060	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
061	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
062	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
063	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
064	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
065	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
066	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
067	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
068	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
069	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
070	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
071	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
072	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
073	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
074	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
075	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
076	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
077	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
078	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
079	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
080	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
081	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
082	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
083	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
084	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
085	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
086	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
087	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
088	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
089	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
090	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
091	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
092	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
093	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
094	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
095	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
096	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
097	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
098	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
099	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
100	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
101	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
102	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
103	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
104	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
105	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
106	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
107	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
108	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
109	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
110	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
111	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
112	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
113	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
114	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
115	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
116	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
117	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
118	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
119	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
120	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
121	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
122	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
123	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
124	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
125	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
126	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
127	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
128	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
129	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
130	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
131	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
132	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
133	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
134	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
135	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
136	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
137	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
138	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
139	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
140	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
141	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
142	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
143	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
144	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
145	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
146	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
147	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
148	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
149	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
150	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
151	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
152	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
153	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
154	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
155	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
156	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
157	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
158	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
159	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
160	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
161	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
162	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
163	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
164	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
165	Consumo de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
23/07/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 16,14

Histórico de Consumo (kWh)

83	3	18	120	110	165	80	104	100	55	107	17
DATE	W 1978	DATE	Oct 18	Nov 5	Dec 12	Jan 9	Feb 14	Mar 13	Apr 15	May 13	Jun 13

da20.15b8.6781.5a66.3228.a2e8.e7a7.b781

Indicadores de Qualidade 6 | 2019 - Março/19

	Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	IRG
NOMINAL	6,87	3,33	NOMINAL	746	
+10%	10,15				
-10%	3,99				
PIEOMINUS	6,43	EEG	CONSTRITAÇÃO	232	
-15%	5,25		LIMITADOR	232	
-20%	5,50		LIMITADOR	231	
TOTAL	12,55	0,00			
IRG	12,22				
TOTAL					100,00

2500

ATENÇÃO

- Sua unidade foi fundada como Orla de Praia, por ser um espaço de lazer e recreação.
- Letícia confirmou que o Conselho de Administração não se reuniu há mais de 10 anos.
- O cancelamento da cobrança do aluguel e a proposta de redução de impostos e taxas da Orla de Praia foram aprovados pelo Conselho de Administração.

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 AGO. 2019

PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA

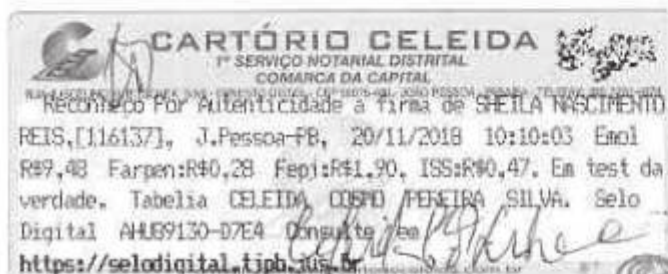
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SHEILA NASCIMENTO REIS,
RG nº 2972858, data de expedição 24/01/2002
Órgão SSPB, portador do CPF nº 052.368.084-00 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rafael Farias de Castro, nº 511,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Miriam Pereira da Silva cujo o condutor era
Sheila Nascimento Reis.

Veículo: moto
Modelo: I/LONCIN ITALIKA XT50
Ano: 2014
Placa: QFD 1563
Chassi: LLCJBBC00E1100146
Data do Acidente: 01-07-18
Local e Data: João Pessoa, 20-11-18

Sheila Nascimento Reis
Assinatura do Declarante

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



CERTIDÃO

Nº. 1525/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 141153 e Prontuário nº 2018.07.000083 pertencentes a **MIRIAM PEREIRA DA SILVA** que foi atendida dia 01/07/2018 às 17H43min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito e lesão corto contusa em pé esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de Lisfranc em pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/07/2018 com alta médica dia 06/07/2018.

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

João Pessoa, 22 de outubro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



HOSPITALAR
ABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
Z. LITE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

CNPJ:

Ficha Nr: 141153
Data: 01/07/2018
Hora: 17:43:21
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU.
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MIRIAM PEREIRA DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987546316
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/03/1983 Id: 35 ano(s)
End.: COMUNIDADE DO TIMBO, 0
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: NAO INFORMADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987546316 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.000083

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Tratamento utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANGABEIRA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO, APRESENTA TRAUMA EM MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima queda de moto há 4 horas. Apresenta lesão corte contusão na perna esquerda local. Exame ORT, REC, I.

Diagnostico: lesão, acidente de trânsito

AR = M4 em AHTX A/R A

Prescrição: Analgésico, anti-inflamatório

Nega sintomas de desidratação

1) SAT ou TETNOgrafia

2) IM

3) Exame de urina

Alto da UE
Qual
Rx do ME +
medicação

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

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 [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Miriam Leona da Silva Data da Admissão: 01/08/84
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1
 QPD: Fratura Luxaço Externa
 HDA: Dr. Lisfante de Rê

Dr. Vilma de Almeida
Dr. Manoel da Silva
Dr. Carlos de Rê

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

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
☐ Dispnéia ☐ 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-reposuio ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

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 = _____

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Dr. Teófilo dos Reis
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 16.119 RFO 15.121

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

At o PP N 30m
 1200m

Incisão:

At o PP N 30m + 100m
 A Proxima Lm

Achados:

Via Drogagem

Conduta:

- 1) Pontos de acesso
- 2) Lm SF de Exame
- 3) Pontos de Ex
- 4) Fim de Ex (V)
- 5) Sutura da Lm

Fechamento:

Proxima Lm

OBS:

Son Drogagem

Data:

01/05/18

Dr. Temístocles De A. Filho
 Proprietário e Responsável
 14/05/18 14h01
 MEDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: MIRIAN PEREIRA DA SILVA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 29	LEITO: 426
DATA DE ADMISSÃO 01/07/2018		DATA DE ALTA: 06/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE LISFRANC EM PÉ ESQ</i>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de PE + exame físico</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ☐ SIM ☒ NÃO			COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador de fratura luxação exposta de lisfranc em pé esquerdo, foi submetido a tratamento cirúrgico através de uma redução cruenta + fixação percutânea com fio K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

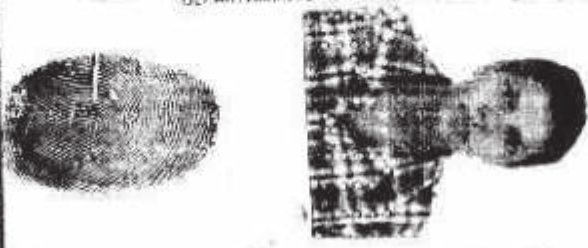
MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, maxsulid 400mg e Dipirona 1g

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **01 semana** dias para revisão. (Dr. Temístocles)

06/07/18
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P 149



NÃO ALFABETIZADO
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO 3356272 DATA DE EMISSÃO 26 AGO 2005

NOME MIRIAM PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO Luzia Maria da Conceição

Solânea-PB 08.03.1982
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Naso. Nº 15.495. Fls. 102/V. Liv. A
DOC ORDEM

14. Cart. Solânea-PB

CPF 011.111.111-11

Assinatura do Titular

CEI Nº 116 DE 2908/R3

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

077.897.224-09

MIRIAM PEREIRA DA SILVA

08/03/1982

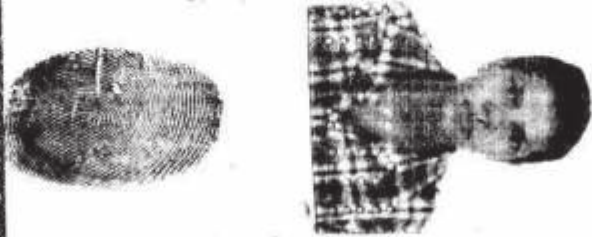


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 149



NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3356272 DATA DE EXPIRAÇÃO 26 AGO 2005

NOME MIRIAM PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO Luzia Maria da Conceição

Solanea-PB 08.03.1982
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Naso. Nº 17.195. Fls. 102/V. Liv. A

DOC. ORDEM 14. Cart. Solanea-PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 SET. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

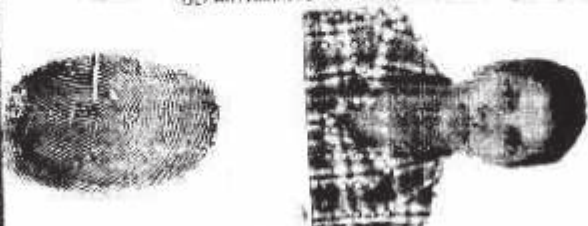
077.897.224-09

MIRIAM PEREIRA DA SILVA

08/03/1982



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P 149



NÃO ALFABETIZADO
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO 3356272 DATA DE EMISSÃO 26 AGO 2005

NOME MIRIAM PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO Luzia Maria da Conceição

Solânea-PB 08.03.1982
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Naso. Nº 15.495. Fls. 102/V. Liv. A
DOC ORDEM

14. Cart. Solânea-PB

CPF 011.111.111-11

Assinatura do Titular

CEI Nº 116 DE 2908/R3

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

077.897.224-09

MIRIAM PEREIRA DA SILVA

08/03/1982



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930487291

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2018

VIA CCM RENAVAM 0011307345-1 00/00000000 2018

NOME
SHEILA NASCIMENTO REIS

CPF/CNPJ 05216808400 PLACA QFD1563/PB

PLACA ANT. 1B NOVO PB CHASSI LLCJBBC00E1100146

COMBUSTÍVEL GASOLINA

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC. ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CATEGORIA COR PREDOMINANTE VERMELHA

CAP / POT / CIL 2 P/40 / CIL 1500 CC

IPVA ISENTO 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 23/04/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA 23/04/2018

JOAO PESSOA-PB 42005 11405

26 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930487291 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/04/2018

VIA 1 05216808400 PLACA QFD1563/PB

RENAVAM 20113073457 MARCA/MODELO T/LONCIN ITALIKA XT50

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014 CHASSI LLCJBBC00E1100146

PRÊMIO TARIFÁRIO 1708 R\$ 0,00

CUSTO DO BILHETE R\$ 0,00

DATA DE QUITAÇÃO 23/04/2018

SEGURO P A G O

PARCELAMENTO 0

SEGURO P A G O

CNPJ 09.248.876/0001-04

SEGURO P A G O

11405-11372334-20180423





Testemunha



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
KVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

DOC. GERAL / **CPF** / **EMISSÃO** / **EST.** / **PAÍS**
 2235878 / 881 / PB

CM / **DATA NASCIMENTO**
 037.645.454-70 / 05/05/1979

FILIAÇÃO
MARIA GONCALVES DO NASCIMENTO

PERMÍSSÃO / **ACC** / **CATENA**
 [] / [] / []

Nº REGISTRO / **VALORES** / **1ª HABITAÇÃO**
 0334097/0000 / 0334097/0000 / 26/08/2004

Observações

Assinatura do Titular

LOCAL / **DATA EMISSÃO**
 JOÃO PESSOA, PB / 09/12/2013

Assinatura do Titular
 Assinatura do Titular

05065286094
PH031759470

DECLARAR EM PÚBLICA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO L-237



Yasmim A. Da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.355.141 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/12/2014

NOME
YASMIN ABRANTES DA SILVA

FILIAÇÃO
EDMILSON COSTA DA SILVA
HELIOFABIA ABRANTES DA SILVA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 08/04/2000

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº 15852 - LIV A-16 - FLS 162 - CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA-PB

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190498956 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P6)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

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 PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293350/19

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 077.897.224-09

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MIRIAM PEREIRA DA SILVA : 077.897.224-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: MIRIAM PEREIRA DA SILVA
CPF: 077.897.224-09

MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293350/19

Número do Sinistro: 3190498956

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 077.897.224-09

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 01/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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 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: 01/10/2019
Nome: MIRIAM PEREIRA DA SILVA
CPF: 077.897.224-09

MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA