



Número: **0824420-29.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIELA PATRICIA DOS SANTOS (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37671727	10/12/2020 11:04	2772137_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11586692

A/C: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170471857 ASL-0331694/17
Vitima: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS
Data Acidente: 03/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01673/01674 - carta_01



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11602834

A/C: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS

Sinistro: 3170471857 ASL-0331694/17
Vítima: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS
Data Acidente: 03/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01021101022 - carta_02

00090511



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2017

Carta nº: 11671742

A/C: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS

Sinistro: 3170471857 ASL-0331694/17
Vitima: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS
Data Acidente: 03/01/2017
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: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 00000130317-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01375/01376 - carta_15R





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



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 terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Daniela Patrícia dos SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 2.102.357EXPEDIDO POR SSP/PBEM 29/01/15 ECPF 031627149-60 /CNPI 00000000-0000-00PROFISSÃO EnfermeiraE RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VITIMA Daniela Patrícia dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como 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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada 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.

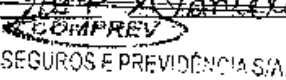
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0037 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013-00130819-5

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 O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

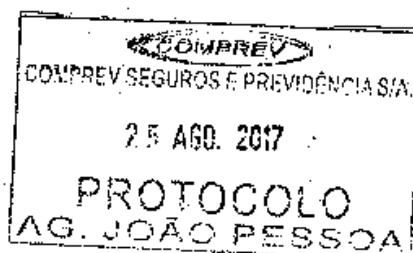
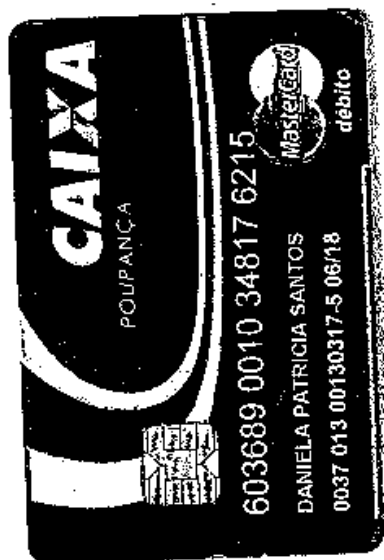
João Pessoa 19 de Janeiro de 2015 Daniela Patrícia dos Santos
LOCAL E DATA  ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

⚠ ATENÇÃO

25 AGO. 2017

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 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 do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

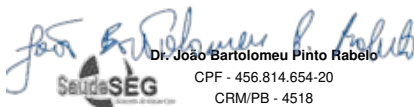
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Daniela Patrícia dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Celso Pereira Gomes, S/N
Mangabeira Joao Pessoa PB CEP: 58059-450
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2122857
Data local do exame: [11/09/2017] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE PÉ DIREITO (METATARSOS).
AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
☒ (X) Sim ☐ () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
☒ (X) Sim ☐ () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**EVOLUI COM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.
Data da alta: 15/03/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA POR FALTA DE VAGAS NO SUS,
RESULTADO INSATISFATORIO.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
☒ (X) Sim ☐ () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
☐ () "Vítima em tratamento" ☐ () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
☐ () "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| PÉ - Direito | |
| % do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve | % do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve |
| ☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo | ☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve | % do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve |
| ☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo | ☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
☐ () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00315.01.2017.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00315.01.2017.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 06:33 horas do dia 17 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcelo de Medeiros Xavier Bion, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Daniela Patrícia dos Santos**, CPF nº 031.627.144-60, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Técnica Enfermagem, filho(a) de Nazaré Maria dos Santos e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/06/1978 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Celso Pereira Gomes, Nº 28, complemento LOTE 08 QUADRA 118, MANGABEIRA VIII, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho da Família, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-8117.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Mercadinho da Família, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/01/17 20:00h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

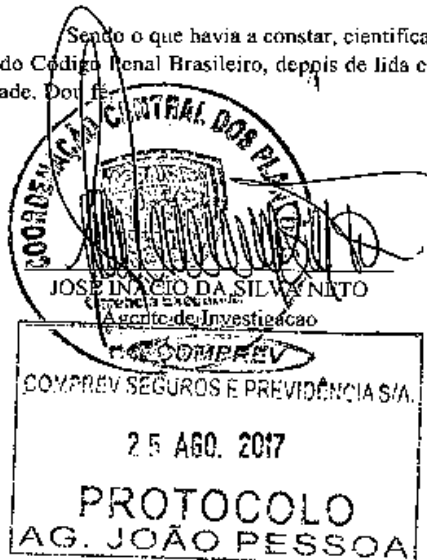
QUE NO DIA 03/01/2017, POR VOLTA DAS 20:00HS SOFREU UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, QUANDO TRANSITAVA COMO GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ESD, DA CÔR PRETA, ANO 2012 DE PLACA NQE. 8453/PB, DE PROPRIEDADE DO SEU COMPANHEIRO O SENHOR ROMERO CALMON LOPES MARACAJÁ, A MESMA FOI SOCORRIDA PARA O COMPLEXO HOSPITALAR TARCISIO DE MIRANDA BURITY, E APÓS RADIOGRAFIAS, FOI CONFIRMADA FRATURAS DO TERCEIRO E QUARTO METATARSOS, FICANDO DE ATESTADO MÉDICO POR 60 DIAS. FATO OCORRIDO NA RUA ENIRA PONTES DE LIMA OLIVEIRA, BAIRRO MANGABEIRA NESTA CAPITAL/PB.

ADENDO(S):

Que na data 19/01/2017, na Central de Flagrantes de João Pessoa, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcelo de Medeiros Xavier Bion, compareceu o noticiante para realizar o seguinte adendo: O NOME DA NOTIFICANTE É DANIELA PATRICIA DOS SANTOS, E NÃO (DANIELA PATRICIO DOS SANTOS).. Adendo registrado por: José Inácio da Silva Neto

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, deppis de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fe.

João Pessoa/PB, 19 de janeiro de 2017.



Daniela Patrícia dos Santos
DANIELA PATRICIO DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00315.01.2017.1.00.402

1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Daniela Patrícia dos Santos, portador da carteira de identidade nº 2.122.857 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.627.199-60 residente e domiciliado na Rua Dep. Celso Pereira Gomes 511 Cidade João Pessoa 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
- (X) 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.

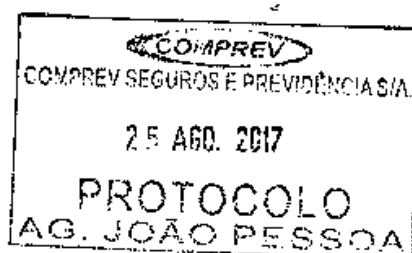
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Daniela Patrícia dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 19 Junho 2017

Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-20

Ficha Nr: 918828

Ald: Nao Reg

Data: 27/01/2017

Hora: 21:58:29

Recepcionista: WILMA FERNANDES MC

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.01.000278

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2122857 Fone: 988158117

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/06/1978 Id: 38 ano(s)

End.: RUA CELSO PEREIRA GOMES, 28C DO SUS 704106134195878

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai:

Mae: NAZARE MARIA DOS SANTOS

Ocupação: TECNICO DE ENFERMAGEM (CURSO SUPERIOR
INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 988158117 / IDENTIDADE: 2122857

Procedencia: BAIRRO MANGABEIRA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 19:00 HS

Vitima de violencia por: NAO

|| Caso Policial

Comprovação de ato declaratório



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

PR:

EC:

TE:

Peso:

Altura:

Glâncias:

IMC:

Circ. Abd:

Q21:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☒ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

Queixa Principal

Trauma no PE (P)

Carimbo: Centro Municipal de Referência
de Traumatologia
CNPJ 10.202.434/0001-20

nao e alergica

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PE e TMS

de queda de moto

nao

com

nao e PE (P)

Diagnostico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

Conduta

Prescrição

25 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Botario da medicacao

Carimbo: Centro Municipal de Referência
de Traumatologia
CNPJ 10.202.434/0001-20



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

AROTACAO DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Daniela Patrícia dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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:	13/09/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000130317-5

Nr. da Autenticação 3965330EA8B4EC71



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Felício Carne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.634/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

Comprovante de residência



CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MAI/2017

DANIELA PATRICIA DOS SANT
RUA DESP CELSO PEREIRA GOMES S/N
MANGABEIRA 58000-000
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.85.505.0258	0	Reservat	Comunal	Indivizim	Público	69336091
1	0	0	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A99X063088	29/01/2000	2	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1418	1415	5	32	19/06/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
NOV/2016	8	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2016	6	0	COL.TOTAIS	294	291	291
JAN/2017	5	0	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2017	5	0	CLORO	294	291	291
MAR/2017	5	0	TURBIDEZ	294	291	290
ABR/2017	4	0	COR	77	113	113
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A:MAR/2017			

DATA DA LEITURA: 22/05/2017	HORA DA LEITURA: 12:40:29
DESCRICAO	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10 36,84 R\$36,84

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3.41 PIS E COFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 02/06/2017

Total a Pagar:

R\$36,84

v. 16.11 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICAO DO PAGAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)

EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO MATICO.



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
66810051	MAI/2017	02/06/2017	R\$36,84

82630000000-5 36840010826-3 68100510520-7 17000000002-7

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

25 AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471857 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/01/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de pé direito (metatarsos).

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta edema residual, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do pé direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador com imobilização gessada, não fez fisioterapia por falta de vagas no SUS, resultado insatisfatório.
Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional leve do pé direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





CERTIDÃO

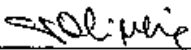
Nº. 0604/2017

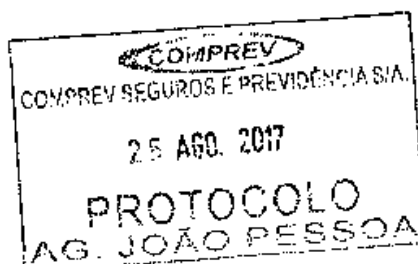
Atendendo solicitação de **DANIELA PATRÍCIA DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 918828 e Prontuário Nº 2017.01.000278, pertencentes a requerente que foi atendida dia 03/01/2017 às 21h58min, vítima de queda de moto, com trauma em pé direito.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 3º metatarso direito. Indicado tratamento conservador. Medicada e liberada

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

João Pessoa, 15 de Maio de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1580

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 13.202.434/0001-28

Ficha Nr: 918828

Atd: Nao Regular

Data: 03/01/2017

Hora: 21:58:29

Recepcionista: WILMA FERNANDES MONTE

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS

Num. Prontuario: 2017.01.000278

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2122857 Fone: 988158117

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/06/1978 Id: 38 ano(s)

End.: RUA CELSO PEREIRA GOMES, 28C DO SUS 704106134195878

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai:

Mae: NAZARE MARIA DOS SANTOS

Ocupação: TECNICO DE ENFERMAGEM (CURSO SUPERIOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: DANIELA PATRICIA DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 988158117 / IDENTIDADE: 2122857

Procedencia: BAIRRO MANGABEIRA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 19:00 HS

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

EA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

EC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: C24:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Trauma no pé (P)

Unidade Clínica de Atendimento
Sec. de Emergência
CNPJ nº 13.202.434/0001-28

nao e alergica

Historia - Exame Fisico - (para do atendimento medico)

paciente com trauma no pé direito com
dor no pé D

Diagnostico

fratura de

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

nao e fluxo

Prescrição

25 ABO 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

22/01/17

Unidade Clínica de Atendimento
Sec. de Emergência
CNPJ nº 13.202.434/0001-28



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

00000048

00000072

003090200

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Doniela Patuê dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



