

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190352337 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TÍBIA (FIXADOR EXTERNO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000016546-7

Nr. da Autenticação CDBBB29297B13B8F

MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DE SALES
SITIAÇÃO VELHA, SM - ÁREA RURAL
AHARUNA/A/PE CEP 58230-000 (AD. 82)

Бровар, 10.05.2016 Регистрація № 1213
Класифікація: RESIDENTIAL / БАТАРЕНДА МУНІЦІПАЛЬНА
Район: 11-22 165-320 № реєстра: 06002987670

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/C.
Fev / 2019 20/02/2019 21/03/2019 072 568 500-36

UC (Unidades Consumidoras):

5/807459-3

[Canal de contacto](#)

Tanta Sist. de Energia Elétrica - TSEEE tem data para o nº 10.438, de 25 de abril de 2003.
A receberá (os) dos postos (acessos) que lhe é de-
dicado e informe à prefeitura de sua cidade
que o seu (seus) é (são) a(s) espécie(s) da(s) unidade(s)
de terra (solo).

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data 15/01/14	Leratura 1462	Data 00/01/14	Leratura 1515					
Descriptivo								
		Gumadoz	Total	Vet. Atenuado	Ang. SimePB	Hidráulico	Força	Consumo
		Totais	(m³)	(m³)	(m³)	(m³)	(m³)	(m³)
001) Consumo ap 30KWh BR	30.000	30.000	0,11	0,00	0,00	0,11	0,00	0,28
002) Consumo 21 a 30KWh BR	26.500	26.500	0,10	0,00	0,00	0,10	0,00	0,41
003) Subsco.			17,43	0,00	0,00	17,43	0,17	0,70
(ANALISANDO ESTATÍSTICAS)								
004) CONTROLE PÚBLICO			1,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00
005) Descrição Subsco.			-16,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00

VENCIMENTO

VENCIAMIENTO

TOTAL A PAGAR

1

27/02/2019

Histórico de Consumo (30W)

RS 16 73

Final 1st Mar/18 April/18 May/18 June/18 July/18 August/18 September/18 October/18 November/18 December/18 January/19

Digitized by srujanika@gmail.com

3f1c.b611 07e6 99e9 0d26 98b1 7f92 2e44

Indicadores de Qualidade

	Límites de ANEEL	Aproxim.	Límite de Tensão (V)
DU MENSAL	± 3%	0,00	
DU TRIMESTRAL	± 4%		NOMINAL
DU ANUAL	± 7,5%		
DU MENSAL	± 1%		
DU TRIMESTRAL	± 4%	0,00	VALOR TÍPICO
DU ANUAL	± 7,5%		WHITE-ADENBURG
DAM	± 0,005		LÍMITE SUPERIOR
DCR		0,00	

Discriminante	Valor F (F)	%
Señal de Dif. de Elementos	4,75	37,40
Variancia entre	1,45	12,25
Señal de Procesos	0,73	6,25
Variancia Sistemas	0,50	4,25
Variancia Elementos	0,45	3,75
Variancia de los errores	0,35	3,00
Total	10,73	100,00

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Solicito para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - N° 023.711.731

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-060
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.523-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 08
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA
ABR/2019

APRESENTAÇÃO
18/04/2019

CONSUMO

208

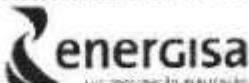
VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINATÁRIO

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotelro: 12-003-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/05/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/04/2019	R\$ 182,90	1698358-2019-04-7





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Maria de Fátima F. de Sales Inscrito (a) no CPF sob o N° 072 598 609 36,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria de Fátima F. de Sales
Inscrito (a) no CPF sob o N° 072 598 609 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

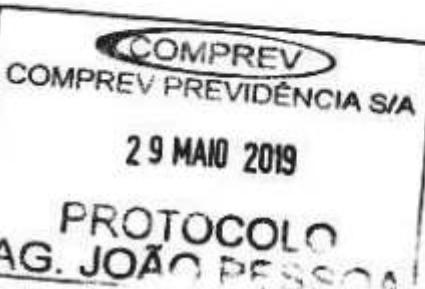
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa - PB 29/05/2019

Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES
DATA DE NASCIMENTO	07/08/89
NOME DA MÃE	BENEDITA MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.145.507
DATA DO ATENDIMENTO	25/02/19
HORA DO ATENDIMENTO	16:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	S82.9 + S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), consciente, orientada, referindo dor com limitação funcional de ombro esquerdo. evolui com fratura exposta de tibia direita. Fratura fechada de clavícula esquerda, com indicação de tratamento conservador. Encaminhada para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de perna direita
RX de ombro esquerdo
RX de clavícula esquerda

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de tibia direita
Fratura de clavícula esquerda

TRATAMENTO:

Imobilização do membro inferior direito. Encaminhada para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação. Imobilização da fratura da clavícula esquerda, sem indicação de tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR:	25/02/19
DATA DA EMISSÃO:	06/05/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

29 MAIO 2019

PROTÓCOLO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

13/03

GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 0332165700

Boletim de Atendimento: 1145507

**Identificação do paciente**

ID 1379364	Nome MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES			Sexo Feminino
Data de nascimento 07/06/1989	Idade 29 anos 8 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA	Pai FRANCISCO FERREIRA DE SALES			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DO SOCORRO - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991089260	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3413034	Nº Cris 708203602870349		
Local de procedência ARARUNA		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade ALHANDRA	CBQR		

Endereço

CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 25/02/2019 16:26:28	Número da pulseira 1000007245601	Convênio SUS
------------------------------------	--	-----------------

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Clínica

Classificação de risco	Origem do paciente RUA
------------------------	---------------------------

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento
ATROPELAMENTODetalhe do acidente
VEICULO X BICICLETA**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos D

Relante acidente de atropelamento concorrente, orientado, encaminhado ao CDI.

Diagnóstico <i>Dra Jane Cleide Lacerda</i>	CD
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO	Tempo 55seg

Imprimir

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES		BAE 1145507	Data/Hora Entrada 25/02/2019 16:26:28	Data Saída
Data de nascimento 07/08/1989		Idade 29a 6m 18d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 991089260
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA				Prontuário
Endereço MATA VELHA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 25/02/2019 16:26:28			Data/Hora Prescrição 25/02/2019 19:57:00	

Anamnese

#ORTOPEDIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE BICICLETA
EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DE CLAVICULA ESQUERDA
TTO CONSERVADOR DE CLAVICULA

LIBERADO DAS OUTRAS ESPECIALIDADES -NCR + CG

CD:

ANTIBIOTICO - CEFALOTINA 2G EV

TRAMADOL 100MG EV

IMOBILIZAÇÃO

ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

+ DR TORIBIO

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CUIDADOS

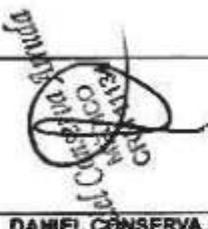
IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: TALA BOTA)

CURATIVO

Conduta

Alta médica

660m - j.



MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)


AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES		BAE 1145507	Data/Hora Entrada 25/02/2019 16:26:28	Data Beixa
Data de nascimento 07/08/1989		Idade 29a 6m 18d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 991089260
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA				Prontuário
Endereço MATA VELHA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JOAO PEDRO SANTANA DE LACERDA MARIZ	Nº Cons. Regional 11413/PB
Data/Hora Classificação 25/02/2019 16:26:28			Data/Hora Prescrição 25/02/2019 16:34:29	

Hamnese

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ENQUANTO ANDAVA DE BICICLETA. REFERE SÍNCOPE PÓS TRAUMA, QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MSE E DOR EM MID ONDE APRESENTA DEFORMIDADE, SEGUNDO SOCORRISTAS.

ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, LÚCIDA, CONSCIENTE E ORIENTADA, ECG 15, SEM ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO TORÁCICO E ABDOMINAL:
JÁ REALIZADA ANALGESIA NO SAMU.

CDT:
1 - TC DE CRANIO + AVALIAÇÃO DA NCR;
2 - RX DE OMBRO E CLAVÍCULAS ESQUERDAS + RX DE Perna Direita + AVALIAÇÃO DA OROTPEDIA;
3 - ALTA DA CIRURGIA GERAL.

EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE Perna Direita
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta
Em observação
MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES
**JOAO PEDRO SANTANA DE LACERDA MARIZ
(CRM: 11413/PB)**


SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES		BAE 1145507	Data/Hora Entrada 25/02/2019 16:26:28	Data Baixa
Data de nascimento 07/08/1989	Idade 29a 6m 18d	Sexo Feminino	CNS 708203602870349	Telefone de Contato (83) 991089260
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA				Prontuário
Endereço MATA VELHA, 5N		Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO		Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 25/02/2019 16:26:28		Data/Hora Prescrição 25/02/2019 18:48:50		

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente vítima de atropelamento, sem sinais de alarme.

Nega dor cervical.

Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficit focal.

TC Cráneo sem afecções neurocirúrgicas de urgência.

Cd:

Oriento sinais de alarme.

Alta da Neurocirurgia.

Conduta

Em observação


MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES
FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DE SALES	Data de Nascimento	07/08/1989	Idade	29a 6m 18d	Sexo	FEMININO	Nº Prontuário	1145507	Data Prescrição	25/02/2019 19:57:00	
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito											
Convenio	SUS	Matrícula	Validade da Prescrição 25/02/2019 19:57:00 - 28/02/2019 19:57:00									
			Senha									

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pas	Apazramento
1 CEFALOTNA 1G • D(1 / 1)	2000,0	MG		E.V.		AGORA	<i>20/02/2019</i>
2							
3 CURATIVO	0,0						
4 POMADA							

Reimpreso por:

dia:
26/02/2019
Daniel CONSERVA ARRUDA
Assinatura e Carimbo do Profissional

DANIEL CONSERVA ARRUDA
CRM: 11134



CERTIDÃO

Self

Nº. 0960/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº208906 e Prontuário nº 2019.02.003065 pertencentes a **MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES** que foi atendida dia 25/02/2019 às 23H23min, apresentando trauma em perna direita.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tibia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/02 e 13/03/2019 com alta médica dia 14/03/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de Julho de 2019

Sônia Maciel
Médica
CRM/PB 2959

COMPREV
COMPREV'SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 20890
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 25/02/2011
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 23:23:02
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Repcionista:
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPE

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES Num. Prontuario: 2019.02.C
CNS: 708203602870349 Sexo: F IDENTIDADE: 3413034 Fone: 991225311
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/08/1989 Id: 29 ano(s)
End.: SITIO MATA VELHA,00
Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARARUNA UF :PB
Mae: BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA Pai: FRANCISCO FERREIRA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil:
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU
Resp.: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES
Tel. Doc. Responsavel: 991225311 / IDENTIDADE: 3413034
Próvidencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE A
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem
FC: TP: [] Politraumatizado
Peso: Altura: [] Hemorragia
Glicemia: IMC: [] Diarreia
Circ. Abd: O2%: [] Regular
[] Vomito
Qua. Principal Observacao
PA. INTE ENCAMINHADA DO HEETSHL CONFORME NEGA ALERGIA A MEDICAMENTO
PACTUACAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaría Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 2

Nome: Maria de Fátima

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Lei

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Relig: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: Traumatismo em ferro (P)

HDA: Doce com frigórios de trânsito em forma (P). + cont - contusão com sensação contínua, dor de tibial

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Pr []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epi []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Vis _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração [] []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematê []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aum

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Nocúria []H []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade []Amnésia []Libido []Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Cas de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NE _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *F+ Explosão de tibia*

Conduta: - Lice - Desinflamação

- Fixador externo

- Infecção

Nome: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES			Registro:
Idade: 29 anos	Sexo: Masc	Cor:	Clínica: Ortopedia
Data: 13/03/2019			Cirurgião: DR. GUTEMBERG
1º Assistente: VALDEBAN R2			2º Assistente:
Anestesista: FRANCISCO			Instrumentador:

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de diáfise de Tíbia Direita com Fixador Extern

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

REPOSIÇÃO DE FIXADOR

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não
 Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito d
Cirúrgico

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia,

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de pino de schanz em foco de fratura

Conduta:

Reposiciónamento de novo pino de schanz do foco de fratura para direita com tecido ósseo integral

Procedimento guiado por escopia

Fechamento:

Curativo

OBS:

Alta amanhã optado por tratamento com fixador

Data: 13 / 03 / 2019

Dr. Valdebaro
Médico -
CNS 2063
M. 1052
130560016
MEDICO/CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Maria de Fátima</u>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:
Data: <u>26/02/19</u>	Cirurgião: <u>THALES MAZD</u>	1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

+ Exosto da
tibia (1)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

O nome

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

Linc
Desbridamento
Fixação externa

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Anestesia (Rog. J.)
- Apert 2^o e Antissepsis
- Dr. R. J. de Campos

Incisão:

Achados:

Conduta:

- Linc
- desbridamento
- Reducao incrustante
- Fixador externo
- Sutura do forante
- Curalivo
- Rx

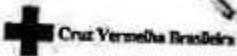
Fechamento:

OBS:

Data: 26/02/18

APTO - 80
CRM 3743

MÉDICO/CRM



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data: 26/02/2019 19:56:23

Idade: Sexo Feminino CPF: Não Informado

ENCAMINHAMENTO

#ORTOPEDIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE BICICLETA
EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DE CLAVICULA ESQUERDA
TTO CÓNSERVADOR DE CLAVICULA

Liberado das outras especialidades - NCR + CG

TIBIOTICO - CEFALOTINA 2G EV
TRAMADOL 100MG EV
IMOBILIZAÇÃO
ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO
+ DR TORIBIO

Daniel Conserva Arruda
CRM 11134

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA
11134/PB

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58010-000



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
29 MAIO 2019



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA.

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria de Fátima Ferreira de Sales, brasileiro(a), estado civil solteira profissão agricultor(a) residente e domiciliado à Rua Sítio Mato Velho, nº 511 bairro Vila Rural
Município de Araruna, Estado de(o) PB, Cep: 58233-900 portador(a) do RG nº 3413034, SSP/ PB e CPF nº 072.598.609-36.

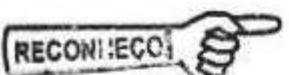
Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado profissão apicultor(a) residente e domiciliado(a) à Rua Agemir Geraldo Coutinho nº 157, bairro Marambaia
Município de Araruna, Estado de(o) PB, Cep: 58096-384 portador(a) do RG nº 1054562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.021-71

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maria de Fátima Ferreira de Sales, ocorrido em 25/02/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalides

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Araruna, 18, de março de 2019.



Maria de Fátima Ferreira de Sales
Outorgante
CPF Nº 072.598.609-36

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"
Praça Rio Branco, 36 - Fone (83) 3373 1270.
Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade da
Maria de Fátima Ferreira de Sales,
doutor.

Araruna, 18/03/2019

Em testemunha da verdade
Ana Monteiro



SELO DIGITAL
AIG57884-TWAE
Consulta Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182321/19

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

CPF: 072.598.609-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES : 072.598.609-36

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: 29/05/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSE EDUARDO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182321/19

Número do Sinistro: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

CPF: 072.598.609-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA
FERREIRA DE SALES

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 16/07/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

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

Documentação médica-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000016546-7

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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:

07259860936

Nome completo da vítima:

Fátima F de Sales

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

Nome completo:

Fátima F. de Sales

CPF:

07259860936

Profissão:

Agricultora

Endereço:

Sít. Chata Velha

Número:

50

Bairro:

Chata Rural

Cidade:

Amaruna

Estado:

PB

CEP: 58233-000

E-mail:

Tel.(DDDI): (83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0038

CONTA:

36546

AGÊNCIA:

0038

CONTA:

36546

(Informar o dígito se existir)

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

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 custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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, Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 29/05/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Fátima F. de Sales
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

2º | Nome:

CPF:

29 MAIO 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, 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 05574.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05574.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 08:16 horas do dia 23 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Maria de Fátima Ferreira de Sales**, CPF nº 072.598.609-36, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Benedita Maria da Conceição Ferreira e Francisco Ferreira de Sales, natural de Alhandra/PB, nascido(a) em 07/08/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata Velha, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 99303-4880.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Mata Velha, Zona Rural, Araruna/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/02/19 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 25/02/2019, POR VOLTA DAS 13:30, ESTAVA EM SUA BICICLETA EM UMA ESTRADA DENTRO DO SITIO MATA VELHA, ARARUNA/PB, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA ATROPELOU ESTA NOTIFICANTE E EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A MESMA; QUE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S82.0 + S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA; QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDA CO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S82.2, PASSANDO POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. LEONARDO MIRANDA.

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, expreço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de maio de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DE SALES
Noticiante



Procedimento Policial: 05574.01.2019.1.00.401

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:

07259860936

Nome completo da vítima:

Fátima F de Sales

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Número:

Complemento:

Obra Rural

Amaruna

PB

58233-000

(83) 986634900

E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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):

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

038

CONTA:

36546

AGÊNCIA:

038

CONTA:

36546

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após à 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 custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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, Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 29/05/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

2º | Nome: _____

CPF: _____

29 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, 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.



SAMU ARARUNA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 BASE DESCENTRALIZADA DE ARARUNA-PB, inscrito sob CNPJ: 11.667.845/0001-51. DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2361620, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente Maria de Fátima F. de Sales, 29 anos, CPF 072.598.609-36, RG 3413034, vítima de Colisão motociclista, no dia 25/10/19, às 13:21 horas, na localidade Sítio matr 2 leira. Sendo o mesmo encaminhado para Hospital de Trauma João Pessoa.

Araruna, 19 de Março de 2019.

Thais Lourenna da Silva Ferreira
Coordenação Administrativa
SAMU-ARARUNA
MAT: 18833

Thais Lourenna da S. Ferreira
Coordenação Administrativa
SAMU 192 BASE DESCENTRALIZADA DE ARARUNA-PB

