

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA**

Nº Sinistro: **3180444549**

Vítima: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA**

Data do Acidente: **09/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444549**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13395186



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

0350128158

CPF da Vítima

018.619.537-04

Nome completo da vítima

Maria do Socorro da Silva Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria do Socorro da Silva Costa		CPF titular da conta 018.619.537-04	Profissão Agricultor
Endereço Rua José Pedro da Cruz		Número 313	Complemento
Bairro São José (Centro)	Cidade Jacaré	Estado Mato Grosso	CEP 58278-000
Email		Telefone (DDD) (83) 98745-2103	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☒ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome BANCO DO BRASIL NRO 001	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. 2191 D/V 1 (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. 14513 D/V 0 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.



Jacaré, 20 de Setembro de 2018
Local e Data

Maria do Socorro da Silva Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



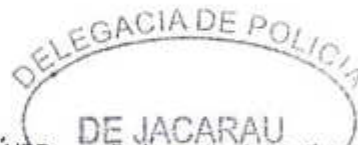


BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

2ª VIA REMETIDA NA DATA DE HOJE: 19/09/2018. COM AS DEVIDAS CORREÇÕES.

Livro nº 02/2018

Ocorrência nº. 281/2018



Aos 09 dias de MAIO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). WENDER GOMES BORGES DE ARAÚJO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy De Carvalho Andrade, às 14h:13min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA, conhecido por , Identidade nº 3.556.453-SSP/PB, CPF nº 018.619.537-04, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: viúva, profissão: agricultora, filho(a) de Antonio Pedro Da Silva E Joana Cordeiro Da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 18/05/1968, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Pedro Da Cruz nº 313, bairro Centro - Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83)- 98745-2403.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 09 de 08 de 2017;
- 3) HORÁRIO: 18h:0min;
- 4) LOCAL: Rua José Pedro Da Cruz nº , bairro centro - Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa-PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? prejudicado;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO INFORMADO.

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

HONDA/BIZ 100 KS, NIV: 9C2HC1410DR007358, ano/modelo: 2012/2013, cor vermelha, placa: NOH-5621/RN, licenciado em nome de DIEGO CLEMENTE SILVA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUE.

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE a notificante viajava na referida motocicleta, quando o condutor da mesma perdeu o controle, derrubando a notificante no chão; QUE foi socorrida para o complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa.

9) OBSERVAÇÕES:

NÃO HOUE.

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

Maria do Socorro da Silva Costa

MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivão/Agente Mat nº 155.335-6



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIA DO ESPIRITO DA SILVA COSTA

CPF da Vítima

018.619.537-04

Data do Acidente

09/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 perícia ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Jacaré, 20 de Setembro de 2018

Local e Data

Maria do Espírito da Silva Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA** RG 355.6453 SSDS-PB e CPF 018.619.537-04, residente na Rua José Pedro da Cruz, no município de Jacaraú – PB, foi vítima acidente motociclistico, sofrendo fratura em tornozelo esquerdo. Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 09/08/2017, sendo encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 21 de Maio de 2018.

Centro de Saúde Daura Ribeiro
Lindinalva Vicente da Costa Silva
DIRETORA GERAL

**Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO**



MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA
RUA JOSE FELIX DA SILVA, 144
JACARAÚ/PB CEP: 58270-010 (AG-144)

Emissão: 10/04/2018 Referência: Abr/2018

Classificação: RESIDENCIAL BAIXA RENDA MONOFASICO 120V x 15A - 217 Redencl: 220 Fases: PB - CEP 58270-010

Notas: 4 - 29 - 330 - 1470

Nº medidor: 00500203787

Nota Fiscal: Conta de Energia Distribuição 721.125
Cód. para Deb. Automático: 90012904379

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

Conta referente a	Apresentação	Data, mês e dia da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAV
Abr/2018	10/04/2018	10/05/2018	186.1953704

UC (Unidade Consumidora): 54005499-0

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 19h

117-892699436-6

CAIXA Loterias

HORA DE 10:23:37

At

Data

09/03/17

001 - Co

002 - Co

003 - Co

004 - Co

005 - Co

006 - Co

007 - Co

008 - Co

009 - Co

010 - Co

011 - Co

012 - Co

013 - Co

014 - Co

015 - Co

016 - Co

017 - Co

018 - Co

019 - Co

020 - Co

021 - Co

022 - Co

023 - Co

024 - Co

025 - Co

026 - Co

027 - Co

028 - Co

029 - Co

030 - Co

031 - Co

032 - Co

033 - Co

034 - Co

035 - Co

036 - Co

037 - Co

038 - Co

039 - Co

040 - Co

041 - Co

042 - Co

043 - Co

044 - Co

045 - Co

046 - Co

047 - Co

048 - Co

049 - Co

050 - Co

051 - Co

052 - Co

053 - Co

054 - Co

055 - Co

056 - Co

057 - Co

058 - Co

059 - Co

060 - Co

061 - Co

062 - Co

063 - Co

064 - Co

065 - Co

066 - Co

067 - Co

068 - Co

069 - Co

070 - Co

071 - Co

072 - Co

073 - Co

074 - Co

075 - Co

076 - Co

077 - Co

078 - Co

079 - Co

080 - Co

081 - Co

082 - Co

083 - Co

084 - Co

085 - Co

086 - Co

087 - Co

088 - Co

089 - Co

090 - Co

091 - Co

092 - Co

093 - Co

094 - Co

095 - Co

096 - Co

097 - Co

098 - Co

099 - Co

100 - Co

101 - Co

102 - Co

103 - Co

104 - Co

105 - Co

106 - Co

107 - Co

108 - Co

109 - Co

110 - Co

111 - Co

112 - Co

113 - Co

114 - Co

115 - Co

116 - Co

117 - Co

118 - Co

119 - Co

120 - Co

121 - Co

122 - Co

123 - Co

124 - Co

125 - Co

126 - Co

127 - Co

128 - Co

129 - Co

130 - Co

131 - Co

132 - Co

133 - Co

134 - Co

135 - Co

136 - Co

137 - Co

138 - Co

139 - Co

140 - Co

141 - Co

142 - Co

143 - Co

144 - Co

145 - Co

146 - Co

147 - Co

148 - Co

149 - Co

150 - Co

151 - Co

152 - Co

153 - Co

154 - Co

155 - Co

156 - Co

157 - Co

158 - Co

159 - Co

160 - Co

161 - Co

162 - Co

163 - Co

164 - Co

165 - Co

166 - Co

167 - Co

168 - Co

169 - Co

170 - Co

171 - Co

172 - Co

173 - Co

174 - Co

175 - Co

176 - Co

177 - Co

178 - Co

179 - Co

180 - Co

181 - Co

182 - Co

183 - Co

184 - Co

185 - Co

186 - Co

187 - Co

188 - Co

189 - Co

190 - Co

191 - Co

192 - Co

193 - Co

194 - Co

195 - Co

196 - Co

197 - Co

198 - Co

199 - Co

200 - Co

201 - Co

202 - Co

203 - Co

204 - Co

205 - Co

206 - Co

207 - Co

208 - Co

209 - Co

210 - Co

211 - Co

212 - Co

213 - Co

214 - Co

215 - Co

216 - Co

217 - Co

218 - Co

219 - Co

220 - Co

221 - Co

222 - Co

223 - Co

224 - Co

225 - Co

226 - Co

227 - Co

228 - Co

229 - Co

230 - Co

231 - Co

232 - Co

233 - Co

234 - Co

235 - Co

236 - Co

237 - Co

238 - Co

239 - Co

240 - Co

241 - Co

242 - Co

243 - Co

244 - Co

245 - Co

246 - Co

247 - Co

248 - Co

249 - Co

250 - Co

251 - Co

252 - Co

253 - Co

254 - Co

255 - Co

256 - Co

257 - Co

258 - Co

259 - Co

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DIEGO CLEMENTE SILVA,

RG nº 3780996, data de expedição / / ,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 112.350.574-88, com

domicílio na cidade de JACARAÚ, no Estado de

Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

SÍTIO MAREJO, ZONA RURAL DE JACARAÚ, nº SIN,

complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA, cujo o condutor

MARTA MORENO DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA BI7 100 KS

Ano: 2012

Placa: MOH-5621

Classi: 9C2HC1410DR007358

Data do Acidente: 09/08/2017

Local e Data: JACARAÚ, 05/09/2018

Diego Clemente Silva
Assinatura do Declarante

Marta Moreno dos Santos

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





**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA** RG 355.6453 SSDS-PB e CPF 018.619.537-04, residente na Rua José Pedro da Cruz, no município de Jacaraú – PB, foi vítima acidente motociclistico, sofrendo fratura em tornozelo esquerdo. Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 09/08/2017, sendo encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 21 de Maio de 2018.

Centro de Saúde Daura Ribeiro
Lindinalva Vicente da Costa Silva
DIRETORA GERAL

**Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO**



CERTIDÃO

Nº. 0014/2018

Atendendo solicitação de **MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA** 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 Nº51579 e Prontuário Nº 2017.08.001395 pertencentes a requerente que foi atendida dia 09/08/2017 às 19h24min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/08/2017 com alta médica dia 15/08/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3883



PREFEITURA MUN. DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR JANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE 1 JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 51579 Atd: Nao Regulad
Data: 09/08/2017
Hora: 19:24:06
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARLA DO SOCORRO DA SILVA COSTA
CNS: 707000873696834 Sexo: F IDENTIDADE: 3556453 Fone: 86401352
Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 18/05/1968 Id: 49 ano(s)
End.: RUA JOSE M. DA CRUZ, 313 BAIRRO SAO JOSE
Bairro: CENTRO Cidade: JACARAU UF: PB
Ade: JOANA ACCORDEIRO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.08.001395

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: FILHO ANDRE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Ex. Local: UNIDADE DE SAUDE JACARAU

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NA CID. DE JACARAU

[] Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Queixa Principal

Observacao

QUEDA DE MOTO. SEM CAPACETE. TRAUMA NO MTE.

Alexsandra da Silva Touro
Técnica de Enfermagem
COREN - PB 874 209

OBS: NEGO PANCADA NA CABECA, DESMAIO E VÔMITO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda do MOTO com trauma no MTE

Diagnostico

Prescrição



Horario da medicacao

Colégio Técnico A. de Albuquerque
Rua General Góes, 1000
Fone: (83) 3214-1980

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ordem	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

Andre Luis de Silva Costa

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: M. do Socorro de Silva Data da Admissão: 05 / 08 / 18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: Doença difusa de pele

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

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-reposo ☐ 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: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rios [] 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 = _____ 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: _____

Conduta: _____





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CENAL 3.556.453 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 16/05/2013

NOME MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA

FILHO(A) ANTONIO PEDRO DA SILVA
JOANA CORDEIRO DA SILVA

NATURALIDADE JACARAÚ-PE

DATA DE NASCIMENTO 18/05/1968

DOC. OPREU CASAM N. 1583 FLS. 166 LIV. B. 4

CARTÓRIO JACARAÚ PE

CPF 018.619.537-04

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N. 7.116 DE 1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA V-02

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-074

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DETENTOR

Maria do Socorro da Silva Costa

CARTÃO DE IDENTIDADE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 011549741726
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VEICULO	CCD RENAVAM	RENASC	EXERCICIO
1	00504618130	*****	2015

NOME
DIEGO CLEMENTE SILVA

CPF / CNPJ
112.350.574-88

PLACA
NOH5621

PLACA ANTIGA
NOH5621/RN

CHASSI
9C2HC1410DR007358

FORNEC. TIPO
PASSAGEIRO/MOTONETA/NAO APLICAVEL

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/BIZ 100 KS

ANO FAB
2012

ANO MOD
2013

CAP/MOT/CC
OCV/97 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

IPVA
R\$ 0.00

VEN. DO IPI/FACIA
18/03/2015

VEN. DO IPI/FACIA
1º PAGO

FACIA IPI/FACIA
002011 3X

PAGAMENTO
R\$ *****

VEN. DO IPI/FACIA
2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)
*** TAXAS DETRAN: PAGO

IPVA (R\$)
*** DPVAT: PAGO

PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
MOTOR: HC14E1D007358

NOVA CRUZ/RN

DATA
27/04/2015

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

RN Nº 011549741726 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCICIO
2015

DATA EMISSÃO
27/04/2015

VEICULO

CPF / CNPJ
112.350.574-88

PLACA
NOH5621

RENAVAM
00504618130

MARCA / MODELO
HONDA/BIZ 100 KS

ANO FAB
2012

CAT. IPI
9

Nº CHASSI
9C2HC1410DR007358

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)	PREMIO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPVA (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

ABR-2014

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444549 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA **Data do acidente:** 09/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maria do Socorro da Silva Costa
 DATA DO ACIDENTE 09/08/2018 CPF DA VÍTIMA 058.619.531-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Maria do Socorro da Silva Costa
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Maria do Socorro da Silva Costa
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua José Pedro da Cruz
 Nº 313 COMPLEMENTO - BAIRRO Centro
 CIDADE Jaraguá UF PR CEP 53218-000
 E-MAIL TELEFONE (83) 99192 8028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR, LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/09/2018

IDENTIDADE 3556453

ASSINATURA Maria S. S. Costa

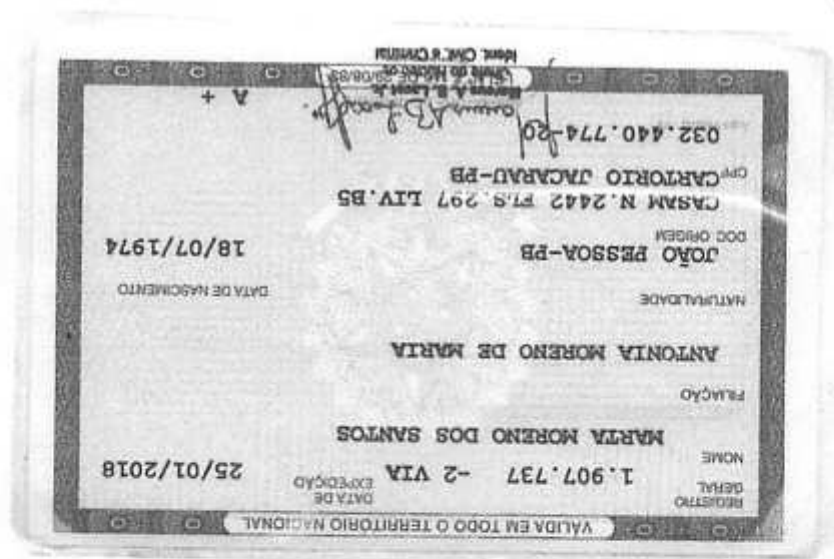
RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444549 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA **Data do acidente:** 09/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444549 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA **Data do acidente:** 09/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350128/18

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA

CPF: 018.619.537-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/08/2017

Titular do CPF: MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA : 018.619.537-04

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: 24/09/2018
Nome: MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA
CPF: 018.619.537-04

MARIA DO SOCORRO DA SILVA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA