

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180268235

Vitima: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180268235**.

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 12958054



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSELIA FELISMINO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180268235
Vitima: JOSELIA FELISMINO DA SILVA
Data do Acidente: 03/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180268235**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Laudo do IML - Lesões corporais faltando página

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180268235

Vítima: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSELIA FELISMINO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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 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	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	760.210.924-49	JOZILIA FELISMINO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOZILIA FELISMINO DA SILVA	760.210.924-49	DESEMPREGADA
Endereço	Número	Complemento
R. COMERC. JOSÉ MIRANDA SEPRAVO	254	
Bairro	Cidade	Estado
VALENTEIRA	JOÃO PESSOA	PARAÍBA
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58063-110	(83) 98708-7511

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

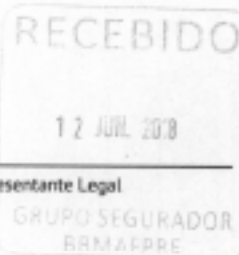
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3635-7 DIV <input type="checkbox"/> CONTA NRO. 64-405-6 DIV <input type="checkbox"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> DIV <input type="checkbox"/> CONTA NRO. <input type="text"/> DIV <input type="checkbox"/> <small>(Informar dígito se existir)</small>	

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.

JOÃO PESSOA, 21 de maio de 2018
Local e Data

JOZILIA FELISMINO DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA AUGUSTO KURTOWSKI, S/Nº - JARDIM SÃO PAULO - RECIFE/PE - CEP: 51030-000 - FONE: (51) 3224-1100 - FAX: (51) 3224-1101
E-mail: R\$2,37 FEPJ R\$0,12 FAPEN: R\$0,40 ISS R\$ 0,11. Selo Digital - AGP62493-ZDUM Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC
016/44-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0102001594

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/05/2017 às 11:50

Complemento o SO Número:

17E0102001594

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 2/3/2017 às 22:00

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE JARDIM SÃO PAULO (BAIRRO), 1, BR 101 - PRÓX A CEASA
SENTIDO JACOBATÃO - Bairro: JARDIM SÃO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO, BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
CONDUTOR DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA (NOTICIANTE)
JOEL DA SILVA (OUTRO)

✓ JOSELIA FELISMINO DA SILVA (VÍTIMA)

JOSELIA

Citado(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

✓ JOSELIA FELISMINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: JOSEFA SOARES DA SILVA Pai: JOAO FELISMINO DA SILVA Data de Nascimento: 27/12/1971 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JOAO PESSOA, 1, RUA MARIA DA GLORIA V D PINTO, 143 - VALENTINA - JOAO PESSOA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAO PESSOA PARAIBA/BRASIL

JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA DO SOCORRO MARTINS FERREIRA Data de Nascimento: 19/5/1979 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Site: //C/UsuaPoliciaCivil/infopofxm/DECEPreview.html

RECEBIDO

12 JUN. 2017

GRUPO SEGURADORA 09/05/2017
BBMAFRE

09/05/2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0102001594

Complementa o BO Número: 17E0102001293

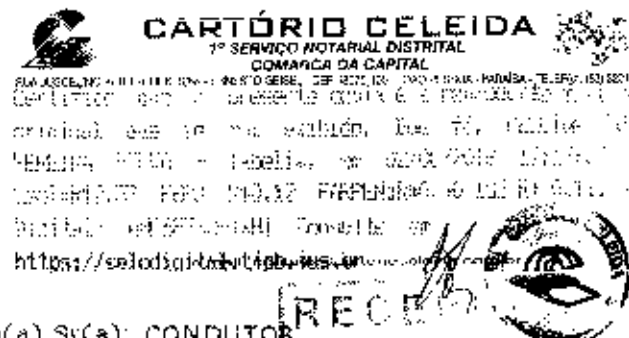
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM SÃO PAULO (BAIRRO), 1, BR 101 - PRÓX A CASA SENTIDO JABOATÃO - Bairro: JARDIM SAO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

CONDUCTOR DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA (NOTICIANTE)
JOEL DA SILVA (OUTRO)
JOSEIRA FELLISSIMO DA SILVA (VITIMA)

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUCTOR
DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE
ROBERTO MARTINS FERREIRA

JOSELIA FELISSIMO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA SOARES DA SILVA** Pai: **JOAO FELISMINO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/12/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JOAO PESSOA, 1, RUA MARIA DA GLORIA V D PINTO, 143 - VALENTINA - JOÃO PESSOA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAO PESSOA/PARAIBA/BRASIL**

JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mae: MARIA DO SOCORRO MARTINS FERREIRA Data de Nascimento: 12/5/1974
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



16 OCT 2010

CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

AUTOMÓVEL PLACA MNH9977 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/GM/MONTANA** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (GRANA)**

Placa: **MNH9977 (PARAIBA/NÃO INFORMADO)**

CAMINHÃO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendida: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OEB1948 (RIO GRANDE DO NORTE/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SR JOSE ROBERTO (ACIMA QUALIFICADO) RELATANDO QUE É MARIDO DA SRA JOSELIA FELISSIMO (ACIMA QUALIFICADA), E QUE NA DATA E LOCAL INFORMADOS, PAROU NO ACOSTAMENTO DA RODOVIA BR-161 PARA EFETUAR TROCA DE PNEU NO VEÍCULO MONTANA PLACA MNH9977, E MESMO LOCALIZANDO O LOCAL DE ACIDENTE COM O TRIÂNGULO, O CAMINHÃO PLACA OEB1948 COLIDIU NO VEÍCULO MONTANA, E ESTE ÚLTIMO COLIDIU EM SUA ESPOSA JOSELIA, A QUAL FOI ARREMESSADA POR UNS 3 METROS EM VIRTUDE DO ACIDENTE, TENDO SOFRIDO LESÕES E SIDO SOCORRIDA PELO PRÓPRIO MARIDO NO VEÍCULO MONTANA PARA A UPA DOS TORRÕES, E EM SEGUIDA TRANSFERIDA DE AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. INFORMA AINDA A VÍTIMA QUE O CONDUTOR DO CAMINHÃO NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, E QUE DIAS APÓS QUANDO FOI NA CASA PROCURAR PELO CAMINHÃO E O ACHOU, FOI TRATADO MAL PELO CONDUTOR DO MESMO, O QUAL QUERIA BRIGAR. POR FIM, INFORMA ESTE POLICIAL QUE A VÍTIMA JOSÉLIA FELISSIMO NÃO COMPARECEU NA DELEGACIA DURANTE A LAVRATURA DO PRESENTE DOCUMENTO, SEGUNDO SEU MARIDO (NOTICIANTE), POR ESTAR AINDA CIRURGIADA E REPOUSANDO NO ESTADO DA PARAIBA, ONDE FICA A RESIDÊNCIA DO CASAL, PORÉM, SEU MARIDO TROUXE PARA A DELEGACIA OS DOCUMENTOS RELATIVOS A INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE SUA ESPOSA, SEM COMO SEUS DOCUMENTOS ORIGINAIS RG, CPF, CARTÃO DO SUS E TÍTULO DE ELEITOR, SEM MAIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **DOMICIO MANOEL MARTINIANO PEREIRA** - Matrícula: **399356-1**



CARTÓRIO ELEITORAL

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
 COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSÉ LUIZ ALVES, 101 - FUNDOS BOCEL - CEP 50134-00 - 50050-100 - PERNAMBUCO - BRASIL - FONE: (81) 3221-4000

Artificios que a presente coisa é e não outra, e a verdade, e a fé.

original que se foi emitido, em 16.08.2016, em 16.08.2016.

Assinado digitalmente por: JOSE ROBERTO MARTINS FERREIRA

CPF: 000.000.000-00 - ASSINADO DIGITAL: 16.08.2016

Assinado digitalmente por: DOMICIO MANOEL MARTINIANO PEREIRA

CPF: 000.000.000-00 - ASSINADO DIGITAL: 16.08.2016

https://selodigital.tpb.us.br



02/08/2016 13:46



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 775729/2017.

NOME: JOSELIA FELISMINO DA SILVA.

Foi atendido às 01h51 do dia 03.03.2017.

Diagnóstico provável: TCE - fratura afundamento de crânio
em região frontal com lesão meningocortical
inferior de ferida operatória + fístula
de LCR (vítima de atropelamento)

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico para afundamento craniano
com lesão meningocortical em 03.03.2017
Trat. cirúrgico de fístula líquorica + desbrida-
mento cirúrgico de FO + sinusectomia fronte-
al eusidal externa + derivação lombar externa
em 27.03.2017

Obs. Exames complementares

Trat. de suporte clínico. Antibióticos

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 12.06.2017.

Alta em 04.04.2017

SES - Hospital da Restauração

Dr. Franklin Serra

Médico do SAME

CRM 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DIGITAL
COMARCA DA CAPITAL
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA CORREIA PEREIRA SILVA - Tabelião, em 13/03/2018 10:38:07
Escritório: 942,37 RPD 040,17 RPD 040,00 TSS R\$ 6,11. São
Digital - AFG2012-MERN Consulte em
<https://selodigital.tch.jus.br>



RECEBIDO

17 JUL 2017

COPIA REGISTRADA
SEM CPRE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 775729/2017.

NOME: JOSELIA FELISMINO DA SILVA.

Foi atendido às 01h51 do dia 03.03.2017.

Diagnóstico provável: TCE - fratura afundamento de crânio em região frontal com lesão meningocortical. Infecção de ferida operatória + fístula de LCR (vítima de atropelamento).

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico para afundamento craniano com lesão meningocortical em 03.03.2017. Trat. cirúrgico de fístula líquorica + desbridamento cirúrgico de FO + sinusectomia fronto-etmoidal externa + derivação lombar externa em 27.03.2017.

Obs. Exames complementares

Trat. de suporte clínico. Antibióticos

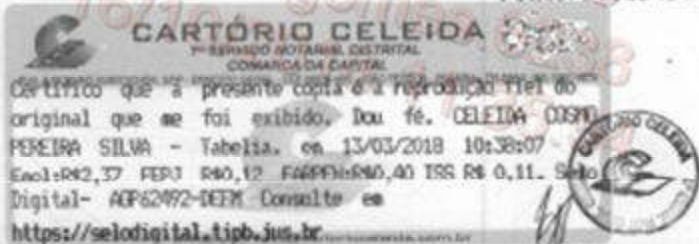
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 12.06.2017.

Alta em 04.04.2017

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



.....

Cite. para. 24b. Aut. pública: 00004 105354

[illegible]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 775729/2017.

NOME: JOSELIA FELISMINO DA SILVA.

Foi atendido às 01h51 do dia 03.03.2017.

Diagnóstico provável: TCE - fratura afundamento de crânio
em região frontal com lesão meningocortical
Infecção de ferida operatória + fístula
de LCR (vítima de atropelamento)

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico para afundamento craniano
com lesão meningocortical em 03.03.2017
Trat. cirúrgico de fístula líquorica + desbrida-
mento cirúrgico de FO + sinusectomia fronte
ctoidal externa + derivação lombar externa
em 27.03.2017

Obs. Exames complementares

Trat. de suporte clínico. Antibióticos

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 12.06.2017.

Alta em 04.04.2017

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelião, em 13/03/2018 10:38:07
Eml:R\$2,37 FEPJ R\$0,12 FAPPE/R\$0,40 ISS R\$ 0,11. São
Digital- ACP62492-DEEM Consulte em
<https://selodigital.tpb.jus.br>



RECEBIDO

12 JUN 2018

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPE

Atendimento: 850947

Senha da Classificação:

0001

Data e Hora: 03/03/2017 00:10

Paciente: 296078 JOSELIA FILISMINO DA SILVA SIC Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 27/12/1971 Idade: 45 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: JOSEFA SOARES DA SILVA SIC Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456
Endereço: RUA MARIA DA GLORIA DE OI 143 Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO
Cidade/UF: JOAO PESSOA PB Cep: 58069340 Usuário Atendimento: BEATRIZSC
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Re cravo	Re cravo	Re cravo
em 1 hora	SRL - 1000 anti-vi.	
1 paracetamol	alergico	
Transferir para		

Médico / Cremop:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

() Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Cremop:

UPA IGARASSU
SALA VERMELHA
FUND.

5166005 - Jéssica
Reticor - naco

RECEBIDO
Jéssica H. Silva
12/03/2017
Cidade - IGARASSU

[illegible][illegible][illegible]

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

LOCAL: HR 1 N 2nd C

Data: / / AS

SENHA: 5776065

ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IMI

Médico / Cremoppe

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / /

HORA: _____:_____

SOME LEGISLATION

tG: _____

TRAU DE PARENTESCO:

SSINATURA:

EXCEPÇÃO / CARIMBOS:

RECEBIDO

12 JUL 1968

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/03/2017 00:03

Nome Paciente: JOSELIA FILISMINO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 45
Senha: 0001
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/03/2017 00:05 - 03/03/2017 00:06

EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: LESÃO EXTENSA EEM FACE

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: T.C.E

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA (ECGLASGOW ENTRE 9 E 13) E/OU
CONFUSÃO MENTAL

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/03/2017 00:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

RECEBIDO

Página 1 de 1

12 JUL 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

FLAVIO RIBEIRO COUTINHO

NOME: JOSELIA FELISMINO DA SILVA MATRICULA: LEITO:

IDADE: 45 SEXO: MASC FONE: CATEGORIA: SUS

DATA DA ADMISSÃO: 13/03/17 DATA DA ALTA: 18/03/17 TEMPO DE PERMANÊNCIA:

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(ES): HSC-RAS
DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S):

Pneumonia obstructiva, após crise convulsiva

EXAMES REALIZADOS - VIDE ANEXOS

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: CEFTRIAXONA, CLINDAMICINA, HIDANTAL, FUROSEMIDA, FUROSEMIDA

RESUMO CLINICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, COMPLICAÇÕES E PRESCRIÇÕES)

PACIENTE INTERNA COM HSITORICO DE CRISE CONVULSIVA APÓS QUEDA DA CADEIRA, ONDE BRONCOASPIROU, CHEGANDO NA UPA VALENTINA INCONSCIENTE, SENDO INTUBADA E ACOPLADA AO VM, FICANDO POR DOIS DIAS. SENDO INTERNADA NESTE HOSPITAL PARA DÁ CONTINUIDADE AO TRATAMENTO CLINICO TERAPEUTICO, DURANTE INTERNAÇÃO PACIENTE NÃO APRESENTOU QUEIXAS.

AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, CORADA, HIDRATADA.

AR= MV+ AHT, SEM R/A

ACV= RCR, 2T, BCNF

ABD= SEMI-GLOBOSO, FLÁCILO, RHA+

EXT= SEM DISTINÇÃO PERFURAC

CD= ALTA PARA CASA COM ORIENTAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO COM SEU NEUROLOGISTA

DESTINO:

ALTA PARA CASA: SIM (X) NÃO () DATA:

Prescrição:

CIPROFLOXACINO 500MG

TRANSFERÊNCIA: NÃO (X) SIM () DATA:

LOCAL: MOTIVO:

RETORNO: PSF () POLICLÍNICA () HOSPITAL () DATA: HORA:

ÓBITO: NÃO () SIM () DATA: DIAGNÓSTICO:

DADOS ADICIONAIS:

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fe. CELEIDA CUSNO PEREIRA SILVA - Tabelião, em 13/03/2018 10:38:34
Enol: R\$2,37 FEPJ R\$0,12 FAFEN: R\$0,40 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AGP62495-MP3W Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Data:

Dr. Jocelma Pedro da Silva
Medica
10222
Ufmg (a)

RECEBIDO
12-03-2018
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

STENA DE INFORMACOES DE SEGURANCA PUBLICA VER.2000
MODULO DO RENAVAM
CONSULTA BASE ESTADUAL
==> 912
10/05/2017
09:29:56

VIN (CHASSI): 98FVEAD83DBS13856
MARCA/MODELO: FORD/CAIGO 816 S
MUN. ENPLAC.: NATAL
COMBUSTIVEL.: DIESEL
TIPO VEICULO: CAMINHAC
NUMERO MOTOR: 36387031
CAIXA CAMBIO:
EIXO TRAS...:
EIXO AUXIL...:
CARROCERIA : MAIL-1075,5C00978
REGRAV.: NAO
RENAVAM: 00498266168 ANO FAB.: 2012
UF.ENPL.: RN
ANO MOD.: 2013
COR...: PRATA
CATEG...: ALUGUEL
CILIND.: 4462
FRABRIC: NACIONAL
Q.EIXO.: 02
PLACA : DEB1048
ANO FAB.: 2012
ANO MOD.: 2013
ESPECIE...: CAR
POTENCIA.: 162
CAP.PASS.: 003
CAP.CARGA: 005,08
C.N.T....: 011.00
P.B.T....: 008.25
Ind.Blind: 0

DOCUMENTO : 05591581398 CPF SIT.VEICULO.: CIRCULACAO ULT.ATU: 03/05/2016
PROPRIETARIO: JACKSON LIMA DE OLIVEIRA
ENDEREÇO.: SIM
<< DADOS DO PROPRIETARIO >>
<< OUTRA >>

Deb.Ipva: SIM RUA : R GUARABIRA
Deb.Lic.: NAO NUM.: 11 COMP.:
CEP : 59071320 UF : RN

CODATA
TRANSAÇÃO EFETUADA OK

RECEBIDO

12 JUN. 2013

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Sistema Integrado de Veiculo

Modulo de Renavam

RNVPC901 - Consulta Veiculo na BIN

10/05/2017

09:29:26

Codata

--> 902

Placa : QEB1048 Municipio : 1761 NATAL UF : RN
Chassi: 9BFVEADS3DBS13856 Ren : Nao Renavam : 00498266168

Marca : FORD/CARGO 814 S Tipo: CANINHAO Carroceria:107 CARROCERIA ABER
Cor : PRATA Esp: CAR Fab.: 2012 Mod.:2C13 Montagem: COMPLETA
Cap.Pas: 003 Potencia: 162 Cilindrada: 4462 Num.Eixos : 02
Cap.Carga: 005.08 CMF : 011.00 PBT: 008.25 Combustivel: DIESEL

N.Motor : 36387031 Num.Caixa Cambio:
N.Carroc: MAIL-1075,5C00978 Eixo Traseiro:
Procedencia: NACIONAL Eixo Auxiliar :

Sit.Veiculo: CIRCULACAO

Proprietario : 05591581498 Atualizado BIN: 31/01/2017

<< Informacoes Complementares >>

Restricoes : SIM Importacao: NAO Restricao RFB: NAO
Faturamento: SIM Diplonata : NAO Transf.Outro Pais : NAO
Recall : NAO Recall Montadora : NAO Emplacamento Eletronico NAO

F3 Volta

F12 Fim

Transacao Efetuada OK

17 de 08

SEGUROADOR
MAAFPRE

RECEBIDO

Josefa Pereira

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 2580250

Nome: Josefa Felismino da Silva

Foi atendido às _____ hs. do dia 02/08/12

Diagnóstico Provável: _____


- ① DCE - Fratura Craniana com Afundamento
 - ② Infecção da ferida operatória.
 - ③ Fístula Liquórica
- CID-10: S02 CID-10: T81.3 CID-10: G96

Tratamento Realizado: _____

- ① Tratamento cirúrgico de fratura com afundamento
- ② Limpeza cirúrgica de ferida operatória + correção de fístula.

Observação: refere fratura e cicatriz persistente e visível embaçada.

Cópia de: _____


Médico: CRM Nº _____


ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.


Cód. 0086

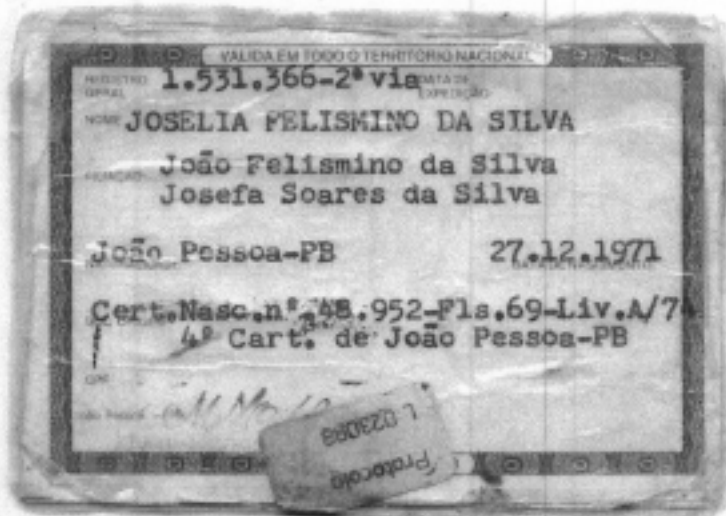
RECEBIDO

12 Jul. 2013

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA VENEZA, 100 - JARDIM SÃO JOSÉ - RECIFE - PE - CEP 51010-000
FONE (51) 3224-1111 FAX (51) 3224-1112
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COELHO PEREIRA SILVA - Tabelia. em 13/03/2018 10:38:07
Eml:R\$2,37 FEPJ R\$0,12 FAPPEN:R\$0,40 ISS R\$ 0,14. Sel:R\$0,10
Digital- A6F62491-0680 Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>







CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo		Atendente	
<input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro		Agência	
Invalidiz Permanente/Total		SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente		Nome da Vítima	CPF da Vítima
JOSELIA FELISMINO DA SILVA		JOSELIA FELISMINO DA SILVA	76021092449

Documentos Complementares

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima | <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário |
| <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima | <input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais |
| <input type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus | <input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT |
| <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial | <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente |
| <input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador | <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador |

Morte Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec.Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial	Invalidiz Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *DADOS BANCÁRIOS/ *LAUDO MÉDICO;	DAMS <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros
--	--	---



0136255

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidiz Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208835/18

Número do Sinistro: 3180268235

Vítima: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

CPF: 760.210.924-49

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 03/03/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSELIA FELISMINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Laudo do IML - Lesões corporais

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: 16/10/2018
Nome: JOSELIA FELISMINO DA SILVA
CPF: 760.210.924-49

JOSELIA FELISMINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: RAISSA MARQUES GOMES
CPF: 479.614.998-81

RAISSA MARQUES GOMES