

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10576865

A/C: MARLY VIRGINIO DE SOUSA

Sinistro: 3170104969 ASL-0063900/17
Vitima: MARLY VIRGINIO DE SOUSA
Data Acidente: 11/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **11/11/2016**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2017

Carta nº: 11179895

A/C: MARLY VIRGINIO DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170328260 ASL-0229151/17
Vitima: MARLY VIRGINIO DE SOUSA
Data Acidente: 11/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO RECONHECIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Morley Virgírio de Sousa

PORTADOR(A) DO RG Nº 2106838 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 18/07/2016

CPF 048813214-20 / CNPJ _____, PROFISSÃO Docente

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Morley Virgírio de Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta-salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não esteja em conformidade para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários por imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

COMPREV
14 FEV 2017
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1590-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1009270-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

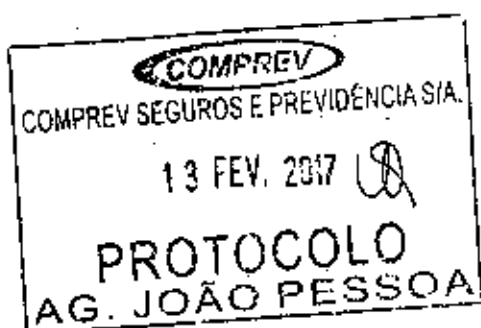
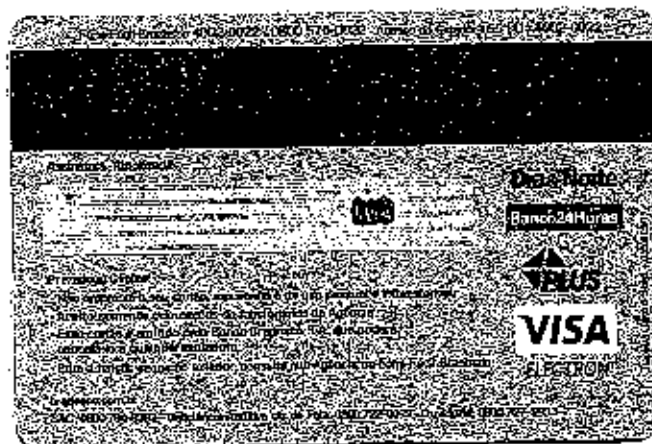
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SSP/PB 19 de NOVEMBRO de 2016
LOCAL E DATA

Morley Virgírio de Sousa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente, na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 367/2016

Versando Sobre: *Acidente de Trânsito.*

Data do Fato: 11.11.2016, por volta das 18h,00min.

Local do Ocorrido: Bairro Mutirã, Sousa-PB.

Data que a Delegacia Tomou Conhecimento: 27.12.2016.

O(A) Comunicante MARLY VIRGINIO DE SOUSA, brasileira, casada, aposentada, com 58 anos de idade, filha de Francisca Virginio e de pai não declarado, Portadora do RG nº 2906238/SSP/PB, CPF nº prejudicado, residente na Rua Feliciano Guimaraes, nº 104, Jardim Brasília, Sousa-PB.

VITIMA: O Comunicante.

HISTORICO: O(A) comunicante compareceu a esta DP, munida de documento medico Hospitalar, para registrar que na data, hora e local acima descrito, sofreu um acidente de trânsito, quando trafegava a pé no Bairro Mutirão, Sousa-PB e nisto foi atropelada por uma Moto; Que, no momento do atropelamento perdeu os sentidos, não sabendo dados do veiculo atropelador e nem do condutor da Moto; Que, foi socorrida por terceiros para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento medico; Que, não teve despesas Hospitalar.

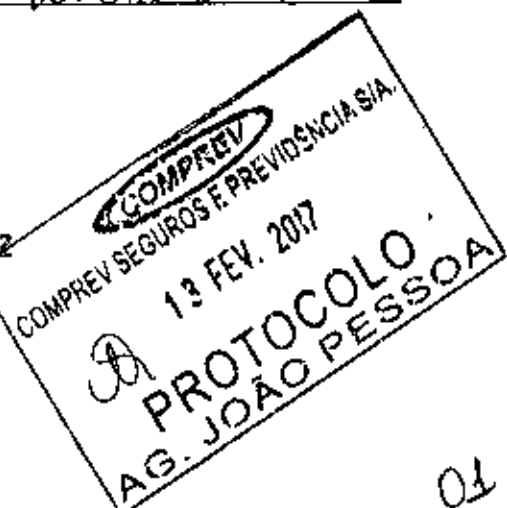
Autoridade Policial: Carlos Jose Seabra de Melo.

Providencias Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante (vitima):

Marly Virginio de Sousa

OSMARINO SOUZA MUNIZ
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT 60379-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 367/2016

Versando Sobre: *Acidente de Trânsito.*

Data do Fato: 11.11.2016, por volta das 18h,00:min.

Local do Ocorrido: Bairro Mutirã, Sousa-PB.

Data que a Delegacia Tomou Conhecimento: 27.12.2016.

O(A) Comunicante MARLY VIRGINIO DE SOUSA, brasileira, casada, aposentada, com 58 anos de idade, filha de Francisca Virgínio e de pai não declarado, Portadora do RG nº 2906238/SSP/PB, CPF nº prejudicado, residente na Rua Feliciano Guimaraes, nº 104, Jardim Brasília, Sousa-PB.

VITIMA: O Comunicante.

HISTORICO: O(A) comunicante compareceu a esta DP, munida de documento medico Hospitalar, para registrar que na data, hora e local acima descrito, sofreu um acidente de trânsito, quando trafegava a pé no Bairro Mutirão, Sousa-PB e nisto foi atropelada por uma Moto; Que, no momento do atropelamento perdeu os sentidos, não sabendo dados do veiculo atropelador e nem do condutor da Moto; Que, foi socorrida por terceiros para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento medico; Que, não teve despesas Hospitalar.

Autoridade Policial: Carlos Jose Seabra de Melo.

Providencias Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante (vitima): Marly Virgínio de Sousa

OSMARINO RODRIGUES MUNIZ
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT 30.932-1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Mardy Virgíneo de Sousa, portador da carteira de identidade nº 2906838 e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.853.836-20 residente e domiciliado na Rua: Tel. Otonio Queiroz, nº 102, Fátima Brasília Cidade Salvador Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

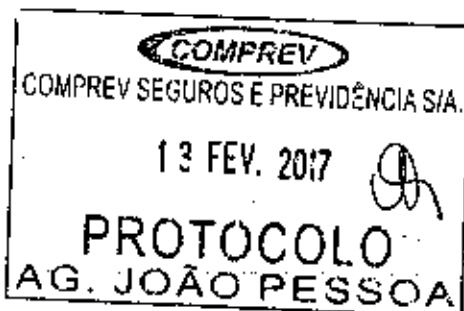


Mardy Virgíneo de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 14 de fevereiro de 2017

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marcos Vinícius de Sousa, portador da carteira de identidade nº 29068381 e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.853.214-20 residente e domiciliado na Rua: Francisco Guimarães, nº 102, Jardim Brasília Cidade José Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

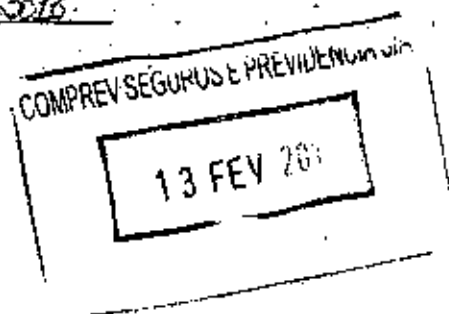
DOCUMENTO 3 "T3"



Marcos Vinícius de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

José
Local e data



Ato declaratório



SAMU
192

Comprovação de ato declaratório



Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

Sousa, 28 de março de 2017

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 21 de março de 2017 passa a informar o que seque:

Nº da ocorrência: 0020

Vítima: Marli Virgínio de Sousa

Sexo: Feminino

Data: 11/11/2016

Local da Ocorrência: Rua clotário de Paiva Gadelha

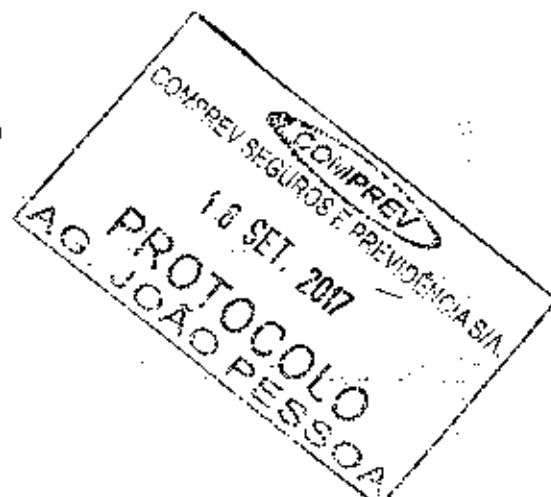
Médico Intervencionista: Dr. Rustenes

Viatura: ***

Condutor: Itamar

Téc. Enfermagem: Ricele

Enfermeira: Daniela



Natureza da Ocorrência: Acionada para atropelamento, paciente consciente porém desorientada, paciente com quadro sangramento parietal corte pequeno, AVP, imobilizado encaminhado ao H.R.S..

Suelio Alves da Silva

Coordenador



Suelio Alves da Silva
Coordenador Geral
SAMU SOUSA-PB.
739.000.604-87

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/11/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLY VIRGINIO DE SOUSA

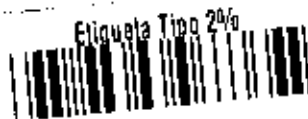
BANCO: 237

AGÊNCIA: 01594-6

CONTA: 000001009270-1

Nr. Autenticação

BRABESCO2811201705000000000023701594000001009270135000 PAGO



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Waldemir Almeida Formiga, portador(a) do

RG nº 2526736, expedido por SSP/PB, em

04 / 07 / 2017, CPF/CNPJ nº 031.390.154-61,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) marley

Regimeis de Pausa do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

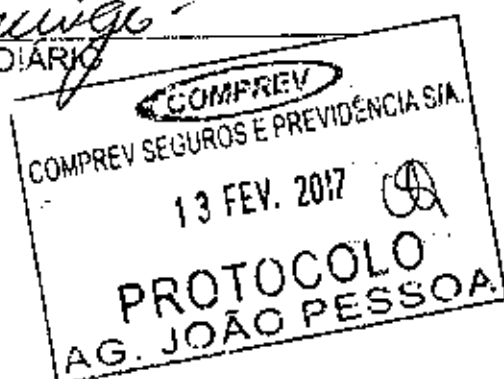
da vítima marley Regimeis de Pausa, e conforme

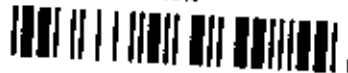
determinação da Circular SUSEP nº 445/12 declaro as informações solicitadas:

Profissão: Desempregado Renda Mensal: R\$ Desempregado

Documentos comprobatórios: não possui

Waldemir Almeida Formiga
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

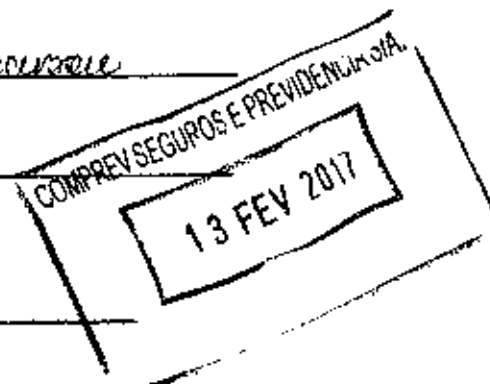
Pelo exposto, eu Uteblomberg Almeida Formigueiro, portador(a) do RG nº 2506736, expedido por SSP/PB, em 04 / 07 / 2014, CPF/CNPJ nº 031.390.134-61,

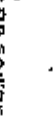
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) marley Reiguenis de Jesus do sinistro de DPVAT da natureza invalidade da vítima marley reiguenis de Jesus, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recusou Renda Mensal: R\$ recusou

Documentos comprobatórios: não possui

Uteblomberg Almeida Formigueiro
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MUNICÍPIO: SOUSA
ESTADO: PARAÍBA

CONTATO () _____ Mãe _____

APENDICE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

7. Wanna to visit (visit)

602507

2000

[illegible]

YAL
EE
40765

1000

10/10

[illegible]

12-16-60

[Signature]

1874

CONSULTA ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

08- CONSILHIA CONSULTIA ANUAL COM REFERENÇA PARA OUTRA UNIDADE

Medicação

ENCAMINAMENTO

01- PRESCRITO SERVIÇÃO FINÂNCIA INTEGRAL

02- APLICADA 00170 HOSPITAL / 00170

CONFIDENTIAL

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO

11

24 Oct

Derp

20

2

—

Fracturing

receiving
clients

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

Ass. Secy

COMMENTS:

MSA 00-055

٦١

THE

155. 60 5

26

12/13 22 16
ADM: NIST/KATVO-CARIMBO



Relatório Médico

Paciente **Marly Virginio de Sousa**, 58 anos, vítima de atropelamento com moto (colisão moto x pedestre) no município de Sousa- PB no dia 11/11/2016 com BO de número 367/2016.

Apresentava, em decorrência do acidente, trauma torácico, luxação em tornozelo direito, trauma na região frontal do crânio (TCE moderado) e escoriações pelo o corpo.

Foi submetida a imobilização no tornozelo direito com uso de faixa de compressão por um período de 60 dias e tratamento conservador para o trauma torácico e TCE com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. A mesma recebeu alta definitiva em 11/01/2017.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Tórax apresenta diminuição da capacidade de expansão torácica durante a inspiração e dor local crônica. A mesma relata presença de episódios de dor ao tossir.

Tornozelo direito apresenta edema residual importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia. Paciente deambula em marcha claudicante.

Região frontal do crânio apresenta dor a palpação.

A mesma relata presença de episódios de cefaleia com grande intensidade, vertigens frequentes, distúrbios do sono, distúrbios da memória remota e recente e parestesia.

Do exposto, concluo que há limitação em 50% da capacidade funcional do tórax, que há limitação em 60% da capacidade funcional do tornozelo direito e que há sequelas de TCE, considero comprometimento funcional temporário para as atividades laborais e/ou da vida diária.

Dr. Rodolfo G. Cartaxo
Médico
CREMEC-13.144
CRM-PB 8446

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 JUN. 2017

PROTOCOLO
DE AVALIAÇÃO PESSOAL

LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 - Centro-CEP 58900-000

Fone: (83) 3531-4469

Relatório Médico

Paciente Mary Virginia de Sousa, 58 anos, vítima de estropçamento com moto (condição moto x pedestre) no município de Sousa - PB no dia 11/11/2018 com BO de número 39712018

Apresentava, em decorrência do acidente, trauma torácico, luxação em tornozelo direito, fratura na região frontal do crânio (TCE moderado) e escoriações pelo o corpo

For submetida a imobilização no tornozelo direito com uso de tala de compressão por um período de 60 dias a fim de garantir a consolidação da fratura torácica e TCE com uso de sutura, após avaliação, analise e repouso. A mesma recebeu alta definitiva em 11/01/2019

Atestado

Observação: a vítima sofreu trauma torácico

Foram observadas alterações de equilíbrio da cabeça de exposição torácica direita e esquerda e de local de fratura, com trauma torácico por queda da cabeça de exposição de fratura

Tornozelo direito: a vítima sofreu trauma torácico moderado, com fratura de tala de compressão por um período de 60 dias a fim de garantir a consolidação da fratura torácica e TCE com uso de sutura, após avaliação, analise e repouso. A mesma recebeu alta definitiva em 11/01/2019

Região frontal do crânio apresenta dor a palpação.

A mesma relata presença de episódios de caídas com grande instabilidade, vertigens frequentes, distúrbios de sono, distúrbios de memória recente e recente e parciais.

Do exame físico: a vítima apresenta dor na região frontal do crânio, dor na região torácica direita e esquerda, dor na região torácica esquerda e dor na região torácica esquerda.

TCE, constatado com exame físico (função funcional) temporário por lesão de fratura torácica e TCE, com uso de tala de compressão por um período de 60 dias a fim de garantir a consolidação da fratura torácica e TCE com uso de sutura, após avaliação, analise e repouso. A mesma recebeu alta definitiva em 11/01/2019

Atestado

LABCLIN - Cataprazas - PB - Rua Odilon Cavalcanti, 78 - Centro - CEP: 52000-000 - Fone: (83) 3231-4489

Cajazeiras, 19.05.2017

Dr. Rodolfo G. Cartaxo

Médico

CREMEC-13.144

CRM-PB 8446

Rodolfo Gonçalves Cartaxo

CRM: 8446 - PB

DOCUMENTO 5 "TS46"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTeira DE IDENTIDADE

JOSE GARRIBOLDI

12/10/1959

048.813.214-20

12/10/1959

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

048.813.214-20

12/10/1959

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTeira DE IDENTIDADE

JOSE GARRIBOLDI

12/10/1959

048.813.214-20

12/10/1959

CORREIOS

adquirir o documento em uma única oportunidade por meio de pagamento à vista ou parcelado em até 12 meses.

COMPREV

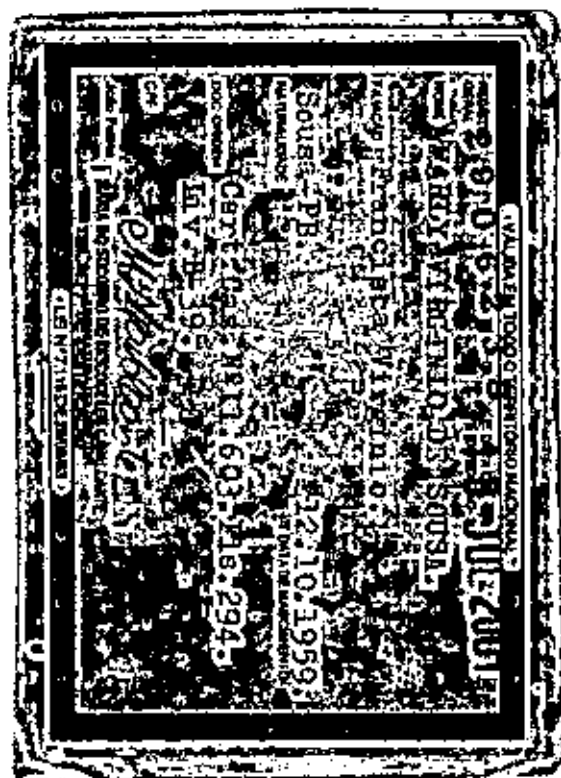
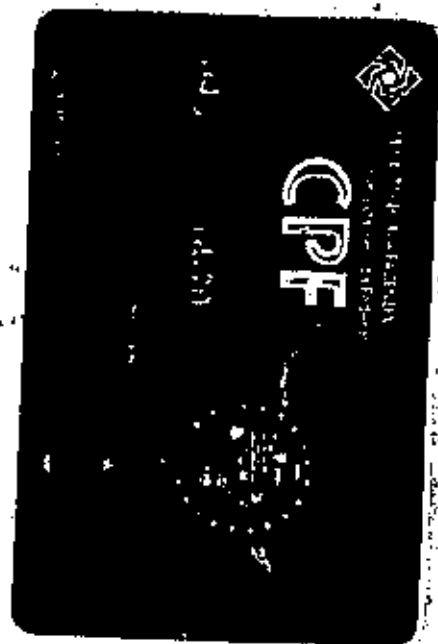
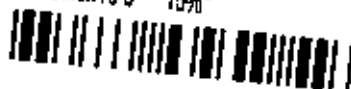
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 FEV. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA.

DOCUMENTO 5 *T596*

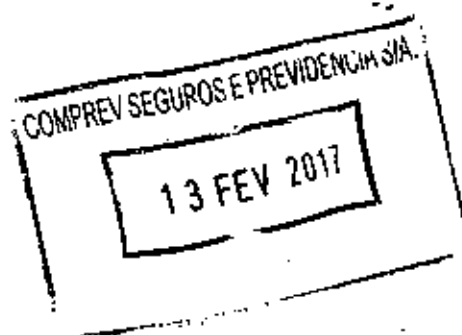
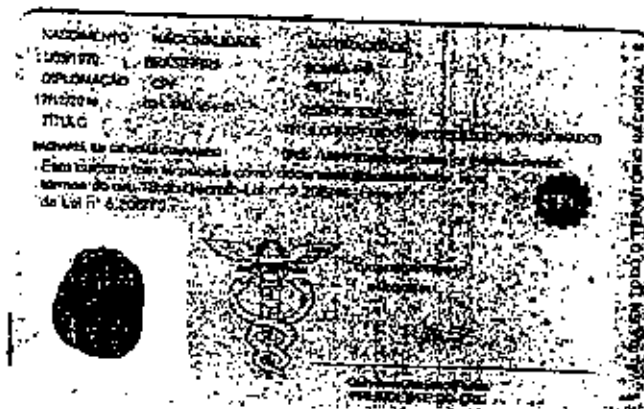


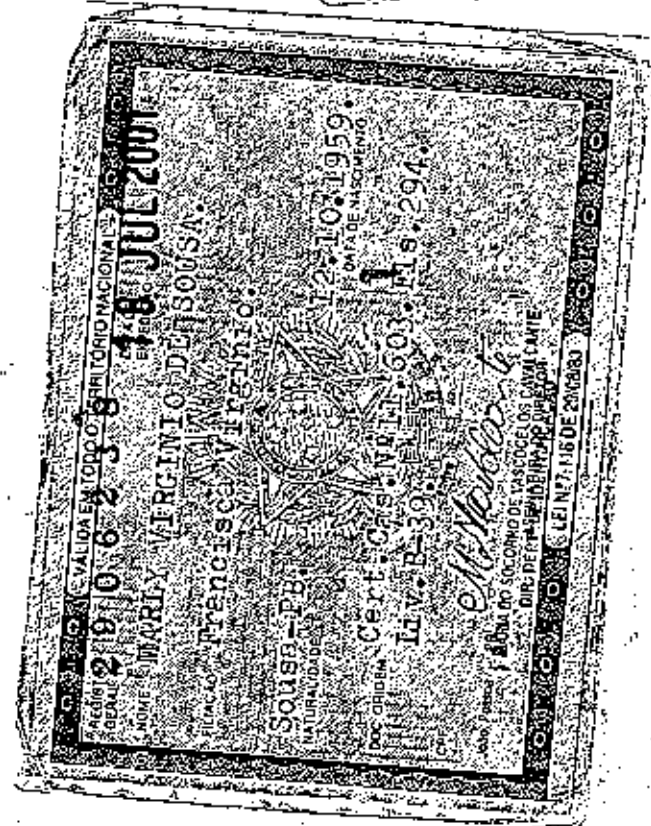
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

13 FEV 2017



DOCUMENTO 3 *T3%

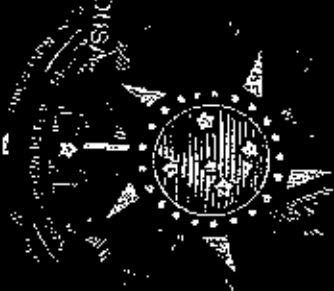




COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
16 SET 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA


MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF
 048.813.214-20
 MARLY VIRGINIO DE SOUSA
 12/07/1959




CORREIOS
 www.correios.com.br

Cartão pessoal e intransferível.
 Deve ser usado em conjunto com o documento de identidade.

400x200


COMPREV
 COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

16 SET. 2007
PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 16 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REGISTRO GERAL 2.526.736 - 2 VIAGEM 26/04/2010
 NOME WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA
 FLUÍDO JOAQUIM ISIDRO FORMIGA
 MARIA ANDRADE FORMIGA
 NATURALIDADE DATA DE MATRIMÔNIO 11/05/1978
 SOUSA-PB CASAM N. 24832 FLS. 012 LEV. B. 65
 COTRATARIO SOUSA-PB
 CPF 031.390.154-611
 JUIZ PESSOA - PB ASSINATURA DO DIRETOR
 LEI N. 7.116 DE 2003/23

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-121
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO


 WildeMBERG AndRAde Formiga
 CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 16 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REGISTRO GERAL 2.526.736 - 2 VI
 DATA DE EMISSÃO 26/04/2010
 NOME WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA
 FLUXO JOAQUIM ISIDRO FORMIGA
 MARIA ANDRADE FORMIGA
 NATURALIDADE
 DATA DE MATRÍCULA 11/05/19
 SOUSA-PB
 CASAM N. 24832 FLS. 012 LEM. B-65
 CARTORIO SOUSA-PB
 CPF 031.390.154-611
 ASSINATURA DO DIRETOR
 LEI N. 7.116 DE 2003/23

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 T-121


 WildeMBERG AndRADE Formiga
 CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARLY VIRGINIO DE SOUSA** Sinistro: **3170328260** Data: **11/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA FELICIANO GUIMARAES, 104 - JARDIM BRASILIA - Sousa - PB - CEP 58800-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2906238**

Data local do exame: [**10/11/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO . APRESENTAVA QUADRO DE CEFALEIA CRÔNICA, QUADRO DE VERTIGEM, TONTURA E PERDA DE MEMÓRIA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 11/11/2016 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO. CHEGOU AO HOSPITAL APRESENTANDO ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM COURO CABELUDO. FOI SUBMETIDA A LIMPEZA E SUTURA DE FERIMENTOS EM COURO CABELUDO E PERMANECEU POR 24 HORAS EM OBSERVAÇÃO, APÓS ESTE PERÍODO FOI DADA ALTA HOSPITALAR. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

CEFALEIA CRÔNICA QUADRO DE VERTIGEM TONTURA PERDA DE MEMÓRIA

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170328260 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLY VIRGINIO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/11/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTAVA QUADRO DE CEFALÉIA CRÔNICA, QUADRO DE VERTIGEM, TONTURA E PERDA DE MEMÓRIA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 11/11/2016 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO. CHEGOU AO HOSPITAL APRESENTANDO ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM COURO CABELUDO. FOI SUBMETIDA A LIMPEZA E SUTURA DE FERIMENTOS EM COURO CABELUDO E PERMANECU POR 24 HORAS EM OBSERVAÇÃO, APÓS ESTE PERÍODO FOI DADA ALTA HOSPITALAR. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

Sequelas permanentes: Cranio-facial em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual da função neurológica devido à tontura e deficit de memória. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170328260 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLY VIRGINIO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/11/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: