



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

030.465.264-40

Nome completo da vítima:

Maria da Graça da Silva Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Maria da Graça da Silva Ferreira

CPF:

030.465.264-40

Profissão:

Endereço:

Avant Fazenda, qnd novo

Número:

011

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Sopí

Estado:

PB

CEP:

58340000

E-mail:

ccf.adm@gmail.com

Tel.(DDD):

83-98849-5530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Operações 013

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 38027

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Sopí - PB, 05/01/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Adilson borges de Queiroz
Centinélio Neto

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

030.465.264-40

Nome completo da vítima:

Maria da Graça da Silva Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP NR.445/2012

Nome completo:

CPF:

030.465.264-40

Profissão:

Endereço:

Maria da Graça da Silva Ferreira

Número:

511

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Área Rural

Estado:

PB

CEP:

58340000

E-mail:

Tel.(DDD):

83-98849-5530

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2159

B

CONTA: 1005707

B

CONTA:

B

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Último parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Sosí - PB, 23/01/2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Adilson Bezerra de Queiroz

Continente 100

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

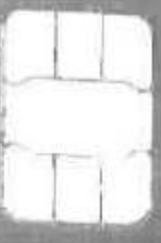
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

 bradesco

POUPCARD



6504 8846 1135 2100

VALID THRU
05/24

MARIA DAS GRACAS S FERREI

AGÊNCIA

CONTA

2159 810057078

42.1

élo

DÉBITO

AUTHORIZED SIGNATURE

One Fácil Bradesco

caso no Exterior: 55 11 4

AC 0800 704-8382

eficiência Auditiva ou de

vidoria 0800 722 99 30

Bradesco

AGM

Diner Club



DISCOVER



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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689623

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689623

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

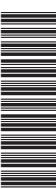
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190689623

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

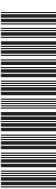
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190689623**

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002159-8

Conta: 000001005707-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

030.465.264-40

Nome completo da vítima:

Maria da Graça da Silva Ferreira

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

Nome completo:

Maria da Graça da Silva Ferreira

CPF:

030.465.264-40

Profissão:

Recolhente

Endereço:

Av. Presidente Getúlio Vargas

Número:

51/m

Complemento:

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Sopá

Estado:

PE

CEP:

58340000

E-mail:

ccf.advs@gmail.com

Tel.(DDD):

83-98849-5530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECURO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Operações 013

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 38027

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos: Nasceu (val nascer)?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizado

Local e Data: Sopá - PE, 05/12/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria da Graça da Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Adilson Bezerra de Queiroz

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dali-á ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX - PB
AV. Liberdade, 1750, bairro São Bento, Bayeux-PB, telefone (83) 3253-2001



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 4.147/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA

Data e hora do registro do B.O.: 18.11.2019 HORA: 09h40min.

Local do fato (logradouro/bairro): Bayeux/PB.

NOTICIANTE

NOTICIANTE: MARIA DAS GRAÇAS SILVA FERREIRA

ESTADO CIVIL: CASADA

NATURALIDADE: GUARABIRA-PB

PROFISSÃO: AGRICULTORA

DATA DE NASCIMENTO: 29/12/1977

RG: 2.297.361 SSP/PB

CPF: 030.465.264-40

FILIAÇÃO: JOSÉ SEVERINO DA SILVA E MARIA JOSÉ BARBOSA DA SILVA

ENDEREÇO: ASSENT. PADRE GINO NOVO, S/Nº, ÁREA RURAL, SAPÉ-PB

TELEFONE: 83-98879-7786

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

NOTIFICANDO QUE: MARIA DAS GRAÇAS SILVA FERREIRA AFIRMA QUE NO DIA 14/05/2019, POR VOLTA DAS 17:00H, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS, CHASSI Nº. 9C2KC08105R012986 DE PLACA MNU-5698/PB DE COR VERDE, DE PROPRIEDADE DO SR CARLOS ANTÔNIO BARBOSA, POR UMA ESTRADA DE BARRO QUE LIGA O MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB À CIDADE DE GUARABIRA-PB, AO SUBIR UMA LADEIRA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VENDO A CAIR AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA (TRAUMINHA), NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 20:02 H E SIDO DIAGNOSTICADA COM DIVERSAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ

Assinatura do notificante: Maria das graças da Silva Ferreira

Policial que registrou o boletim: Vanildo W. Lins Filho

VANILDO W. LINS FILHO Mat. 156.268-1

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

030.465.264-40

Nome completo da vítima:

Maria da Graça da Silva Ferreira

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

Nome completo:

Maria da Graça da Silva Ferreira

CPF:

030.465.264-40

Profissão:

Recolhente

Endereço:

Av. Presidente Getúlio Vargas

Número:

51/m

Complemento:

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Sopá

Estado:

PE

CEP:

58340000

E-mail:

ccf.advs@gmail.com

Tel.(DDD):

83-98849-5530

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Operações 013

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todas os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0922

CONTA:

38027

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos: Nasceu (val nascer)?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizado

Local e Data: Sopá - PE, 05/12/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria da Graça da Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Adilson Bezerra de Queiroz

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dali a ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

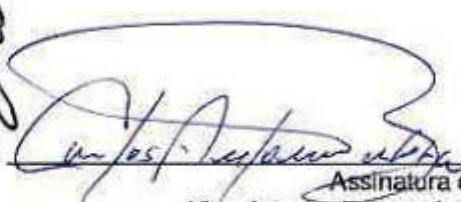


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos Antônio Soárez,
RG nº 05011169707, data de expedição 21 / 10 / 14,
Órgão Brum - PB, portador do CPF nº 000-165-267-88,
com Domicílio na cidade de Sapé, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Av. Getúlio Vargas,
entre nº 51Nº, 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 dos Prazeres da Silva Ferreira, cujo o condutor
era Maria dos Prazeres da Silva Ferreira.

Veículo.....: Motocicleta
Ano.....: 2004 / 2005
Modelo.....: Honda CG 150 Titan KS
Placa.....: MNU5698-PB
Chassi.....: 9C2KC0B105R012986
Data do acidente.: 34/05/2019

Local e data: Sapé - PB, 30 de Junho de 2019

X 
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



FELICIANO DA SILVA
Serviço Notarial e Registral

Rua: Cm. Remígio Coutinho, 1746
Pavilhão: 03 - 10020-0001
Sala: 01 - 10020-0001
Bairro: Centro
Cidade: Sapé
UF: PB
CEP: 58340-000

CANTÓRIO ÚNICO
Severino Lucim. Feliciano Soárez
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente

Reconheço, com autenticidade, a verdade das afirmações feitas no documento
CARLOS ANTONIO SOÁREZ, na forma de declaração, que consta no documento
nº 000-165-267-88, expedido no dia 21/10/2014, no valor de R\$ 100,00 (cento reais).
En testem veritate, Sapé-PB, 30/06/2019, às 12:00:00.
Vandilice Cavalcante de Freitas Soárez - Escrevente
(2019-1000057007) nº 02-01-PRECEN-01-17-FEPJ-05-1-00
SELLO DIGITAL: #0076095-BIUP

Av. Com. Remígio Coutinho, 1746
fone: (83) 3283-1341/9313-5163
CEP 58340-000-Sapé-PB

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
KIA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
0366384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Ficha Nr: 229478 Atd: Nao Regu
Data: 14/05/2019
Hora: 20:02:27
Repcionista: GABRIELA DA COSTA S
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Num. Frontuario: 2019.05.001723

CNS: 706709588272219 Sexo: F IDENTIDADE: 2297361 Fone: 991103188

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 29/12/1977 Id: 41 ano(s)

End.: SITIO, 00

bairro: ZONA RURAL Cidade: SAPE UF :PB

Mae: MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA

Pai: JOSE SEVERINO DA SILVA

Esposa: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Pesp.: VIZINHA/JACIRA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO/SAPE

Vitima de violencia por: NAO

! Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2i:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao

PFNTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO VEIO
MINHADA PELO SAMU PARA AVALIACAO DA
CIRURGICA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Let critica: O acidente de moto, no momento exame, oriente, equilibrado, μ mv⁺, pupilas isometricas, queixa de dor em torno direito.

Diagnóstico

Conduta

- Radiografia

Fractura de
fractura ab
fractura ab

- Alta de cirurgia

Prescrição

Horario da medicacao

- Prescrição de Ortoped

Devido a
de rebaço, não
envelope

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ordem	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				
343				
344				
345				
346				
347				
348				
349				
350				
351				
352				
353				
354				
355				
356				
357				
358				
359				
360				
361				
362				
363				
364				
365				
366				
367				
368				
369				
370				
371				
372				
373				
374				
375				
376				
377				
378				
379				
380				
381				
382				
383				
384				
385				
386				
387				
388				
389				
390				
391				
392				
393				
394				
395				
396				
397				
398</				



CERTIDÃO

Nº. 1525/2019

Atendendo solicitação de ADILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº229478 e Prontuário Nº 2019.05.1723 pertencentes a paciente **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA FERREIRA** que foi atendido dia 14/05/2019 às 20h02min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do maléolo lateral direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 14/05/2019 e 22/05/2019. Com alta médica dia 30/05/2019.

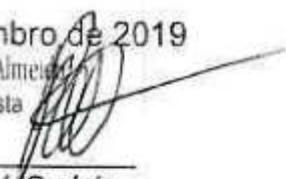
E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de setembro de 2019

Rosangela M. Escorel Almeida

Médica Intensivista

CRM 3883


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

<i>Ana dos Prazeres</i>				Data da Admissão: <u>14/05/19</u>
Nome: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____	
Prontuário: _____				
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____		
Endereço: _____				
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____	
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____	
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: _____			
QPD: _____	<i>Fratrue Bimaleolar ab nao gelo viva</i>			
HDA: _____	<i>febre constante</i>			
<i>anamnese</i>				

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudoresc Calafrios Alopecia Adenomegalias Ictericia 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 Expectorção Hemoptise Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematémese Náuseas Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidex pós-reposo Deformidades Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Maria das Graças da Silva</i>			Registro:		
Idade:	41 a	Sexo:	F	Cor:	Clinica:	GTO
Data:	14/05/19	Surgião:	<i>Dr. Guterlberg</i>			<i>R. Valdeban</i>
2º Assistente:				3º Assistente:		
Anestesista:	<i>Dr. V. V. Lima</i>			Tipo Anestesia:	<i>Gasada</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO						

Ex di TNEO

582.6+
582.5

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
--------------------------------	-----

Normal

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
--------------------------------	--------

RFF-L

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

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

pac em DOR colo fixo
cervical + faríngea
limpeza de campo estéril

Incisão:

Incisão medial em TNEO

Achados:

linda de suture em valvula
Medial

Conduta:

Realizado retractor de parafuso 3,5
e arcoletas.
realizado mandíbula de redução e
aproximação de 2 fios de hilofer 2,0 m
valvula medial.

lavagem com soro fisiológico

Fechamento:

Sutura + curativo + Tala
Bala

OBS:

Recadamento sem traçamento

Dr. Wellington Carvalho Jr
M.R. em Ortopedia
CRM/PB - 7651

Data: _____

29 MAIO 2019

Dr. Wellington Carvalho Jr
M.R. em Ortopedia
CRM/PB - 7651

29 MAIO 2019

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Maria das Graças S. f</i>						Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data: <i>24/05/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Gathenberg</i>			1º Assistente: <i>Valdeben</i>		
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia: <i>Lapar.</i>		Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO						CID
<i>fs de laringo e o D</i>						
<i>Endolaring.</i>						

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO						CID
<i>O mesmo</i>						

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)						CÓDIGO
<i>GOF.</i>						

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

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Vd em DDT sobre Raposa
Exsanguin + descompressão
Aplicação de compressas esterilizadas

Incisão:

Transito biliar e Medial
Desegão por planos

Achados:

fx de Mola biliar lateral, Medial

Conduta:

Exploração biliar aberta e
fixação de tempo com placas e fardos
em Mola biliar. Bloco 1/3 de epato
1/3 de fígado e cortado
Exploração de biliar e fígado
com + parafuso contínuo em mola
medial.

Fechamento:

Sutura por planos
curativo + Tala Bola

OBS:

+ Rx de controle

Procedimentos ser integradores

Data: 22/05/19

Dr. Valdeben Carvalho Jr.
Médico CRM 7692
CNE 22634090000012

MÉDICO/CRM



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689623 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 14/05/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.

P1,4,5,6,7,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689623 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 14/05/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.

P1,4,5,6,7,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: maria das gracas da silva ferreira
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** casada
PROFISSÃO: Agricultora **Nº DO RG:** 2.297.361
ORGÃO EMISSOR: SSD/PB **DATA DE EMISSÃO:** 14/03/13
Nº DO CPF: 030.465.264-40 **ENDEREÇO:** Avant. Rodov. Cipó
vel, n1mº, Área Rural, Sapé-PB, cep 58340000

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 **ENDEREÇO:** AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro, DPVAT da vítima/beneficiário maria das gracas da silva ferreira, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Sapé - PB, 10 de Junho 2019.

Maria das Gracas da Silva Ferreira

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Notarial, como autentica e veracidade, als. Fornecida
para: maria das gracas da silva ferreira
Praça: Avant. Rodov. Cipó
Cidade: Sapé - PB
Data: 10/06/2019
Assinante: maria das gracas da silva ferreira
CPF: 030.465.264-40
RG: 2.297.361
Nº do Documento: 2019-0014047001158-00
Nº do Protocolo: 2019-0014047001158-00
Nº do Ofício: 2019-0014047001158-00
Assinante é autenticado em <http://www.cartoriounico.com.br>

Rua: Com. Renato Queiroz Coutinho, 1746
Ponta: CEP: 58340-000

CARTÓRIO ÚNICO

Severino Lúcio M. Feliciano Sá

Tabelião Substituto

Maria de Lourdes Coutro Gusmão

Escrevente

Av. Com. Renato Queiroz Coutinho, 1746

Fone: (83) 5275-2341/9313-3163

CEP 58340-000 - Sapé - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443239/19

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

CPF: 030.465.264-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/05/2019

Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA : 030.465.264-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO