

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DADS (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 das Graças da Silva Ferreira

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

Nome completo: Maria das Graças da Silva Ferreira CPF: 030.465.264-40

Profissão: Recebeu de Endereço: Assent Foz de Gmco novo Número: 517 Complemento: _____

Bairro: Água Rural Cidade: Sopé Estado: PB CEP: 58340000

E-mail: ccf.ada@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Operadora 013

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

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 38027 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: Sopé - PB, 05/04/2020

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria das Graças da Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Adilson Luiz de Queiroz

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Testemunha não

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 das Graças da Silva Ferreira

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

Nome completo: Maria das Graças da Silva Ferreira CPF: 030.465.264-40

Profissão: Recebedor de Endereço: Av. Ant. Pedro Gino Novo Número: 011 Complemento: _____

Bairro: Alta Rural Cidade: Sopó Estado: PB CEP: 58340-000

E-mail: ccf.dns@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECURSO 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2159 (8) CONTA: 1005707 (8)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: Sopó - PB, 23/04/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria das Graças da Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adilson Luiz de Queiroz

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | 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**



6504 8846 1135 2100

VALID THRU
05/24

MARIA DAS GRACAS S FERREI

POUPCARD

slc

AGÊNCIA

CONTA

2159 8 1005707 8

421

AUTHORIZED SIGNATURE

elo
DÉBITO

One Fácil Bradesco 8002-6000

cesso no Exterior 55 11 9400

AC 0800 704-8383

eficiência Auditiva ou de

vidoria 0800 727-9955

nco bradesco

ATM

Diners Club



DISCOVER



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

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



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.

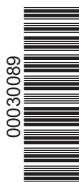
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



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, retorne 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: Recebedor de Endereço: Av. Ant. Pedro Gino, 100 Número: 511 Complemento: _____

Bairro: Paraíso Cidade: Sopó Estado: PB CEP: 58340-000

E-mail: ccf.dms@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 38027 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vol. nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: Sopó - PB, 05/12/2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria da Graça da Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Adilson Luiz de Queiroz

Assinatura do Procurador (se houver)

Testimho não

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8012 2910 3415

MARIA GRACAS S FERREIRA

0922 013 00018027-5 07/21

elo



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, 1756, bairro São Bento, Bayeux-PB, telefone (83) 3258.2091



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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, VINDO 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 das Graças 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 das Graças da Silva Ferreira CPF: 030.465.264-40

Profissão: Recebedor de Endereço: Av. Ant. Pedro Ginoz, 100 Número: 511 Complemento: _____

Bairro: Paraíso Cidade: Sopó Estado: PB CEP: 58340-000

E-mail: ccf.dms@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849-5530

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vol. nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: Sopó - PB, 05/12/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria das Graças da Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adilson Luiz de Queiroz

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

CAIXA

POUPANÇA



6277 8012 2910 3415

MARIA GRACAS S FERREIRA

0922 013 00018027-5 07/21

elo



L04030 MONOFACCO
 C-250C RES MTC B11 RESOENAL BANA FENDA
 R. Xing 7-91-211-1450 Referência No: 2799
 Modelo 0005830263 E 19586 12/11/2013

ENERGIA PARA O SEU NEGÓCIO
Banco de Investimentos e Seguros
CNPJ nº 06.712.000/0001-00, Ins. Est. 160.56204

NetoFix e/ou Conta de Energia Elétrica Nº14-308-27
Cód. para D.D. Automático: 000000000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	12/11/2019	12/12/2019	030.486.264-40 Inac. Zet

UC (Unidade Consumidora): 5/808657-1

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.438, de 28 de abril de 2002.
Durante o mês de maio de 2012, ficou mantido o atendimento de 1.300.000 famílias e 3,2 milhões de pessoas.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/01/1980	12311	12/11/1980	12355	4	181	20

		Demonstrativo						
C/C - 2007/01		CONTABILIZADO	VALOR LÍQUIDO	VALOR LÍQUIDO	VALOR LÍQUIDO	VALOR LÍQUIDO	VALOR LÍQUIDO	VALOR LÍQUIDO
		Tributos Totais(R\$)	IMPOSTO DE RENDA	IMPOSTO DE RENDA	IMPOSTO DE RENDA	IMPOSTO DE RENDA	IMPOSTO DE RENDA	IMPOSTO DE RENDA
0801	Consumo até 50kWh-BR	30,000 0,288070	7,98	7,98	27	2,16	7,38	0,59
0801	Consumo - 51 a 100kWh-BR	70,000 0,456120	31,92	31,92	27	9,62	31,22	0,23
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	61,000 0,694200	55,42	55,42	27	14,38	55,42	0,08
0801	Adic. B Arranjo		1,47	1,47	27	0,40	1,47	0,01
0801	Adic. B Vermeia		3,19	3,19	27	0,95	3,19	0,02
0810	Subsídio -		44,26	44,26	27	11,30	44,39	0,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
2007	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA		10,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3000	PARCELAMENTO DE DEBITOS		27,46	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3000	Divulgação Subsídio		-30,32	0,00	3	0,00	0,00	0,00

Cód. Classificação do Item	TOTAL	182,08	144,37	99,97	144,37	1,21	5,55
Taxa de Trilhos	A14304Wh 5.181718	A14305Wh 3.211500	A14285Wh 0.481269				

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
123	20/11/2019	R\$ 152,03

Histórico de Consumo (kWh)

54	60	140	92	112	120	122	9T	101	119	132	109
Yours	Dep't	Jan'19	Febr'y	Mar'18	Apr'19	May'19	Jun'18	Jul'18	Aug'18	Sep'19	Oct'19

RESERVADO AD FISCO

f5cc.89cf.a62d.480f.a7da.65b4.08fb.b304

Indicadores de Qualidade amazon.sept

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
10 VENCIDA	11,94	0,00	NORMAL
11 10 VENCIDA	23,89		
12 10 VENCIDA	45,78		
13 10 VENCIDA	7,74	1,00	CONTRATADA
14 10 VENCIDA	15,49		LIMITE INFERIOR
15 10 VENCIDA	30,98		LIMITE SUPERIOR
16 10 VENCIDA	45,97	0,20	
17 10 VENCIDA	61,95		

Emprego do Consumidor

Electrificarea	Valor [R\$]	%
energia de Gazita Energia Pol Compara Energia	24,92	18,75
Energia de Transmisia	35,92	27,83
Energia de Distribuia	4,71	3,57
Energia de Distribuia	5,18	3,97
Energia de Distribuia	56,28	43,01
Energia de Distribuia	27,47	21,03
Total	132,43	100,00

Page 8 of 34

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Out/19 93.42

BANCO DO BRASIL - PAOR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

0190 00009 02624 9* 2008 08513.521172 7 80790000015203

FIDELIDADE MARIA (SAS GRACIAS DA SILVA FERREIRA - CPF/CNPJ 230.046.28/0001-00)
R. USINTE PADRE GILDO NOVO S/N - AREA RURAL - SAPE - PO CEP 553-00001

Nº Ordem	Nº Documento	Data de vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
1	000808657201911	20/11/2019	R\$ 152,03	

E VERIFICAR O ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ. 13.919.193/0001-40
R. 200 km 25 - Caixa Postal - João Pessoa / PB - CEP 58071-600

2. parte / Codice di identificazione: 3054-3/247-3

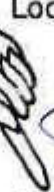


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos Antonio Jordani,
RG nº 03041169707, data de expedição 21 / 10 / 14,
Órgão Dixon - PB, portador do CPF nº 000.465.267-88,
com Domicílio na cidade de Sapé, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua do Visão Econômica
Antônio nº 511º, 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 Góes da Silva Teixeira, cujo o condutor
era Maria dos Góes da Silva Teixeira.

Veículo.....: Metecidela
Ano.....: 2004/2005
Modelo.....: Honda CG 150 Titan KS
Placa.....: MNU5698-PB
Chassi.....: 9C2KE0 B10 5R 012 986
Data do acidente.: 31/05/2019

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



X

Carlos Antonio Jordani

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

X

Assinatura do CONDUCTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Reconheço, com autenticidade, a assinatura, a(s) e o(s) de
CARLOS ANTONIO JORDANI
Em testilha Verdade, Sapé - PB, em 30 de Junho de 2019
Vandilson Cavalcante de Freitas Sales Escrevente
CEP 58340-000 - Sapé - PB
SELO DIGITAL: A1076095-01VP

CARTÓRIO UNICO
Severina Luciana M. Feliciano Sá
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-1341/9313-3163
CEP 58340-000 - Sapé - PB

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
10564384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

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

3 DO PACIENTE

Nome: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FERREIRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 706709588272219 Sexo: F IDENTIDADE: 2297361 Fone: 991103188 Num. Prontuario: 2019.05.001723
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

Raca: 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

EA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2s:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Let ritimo de acidente de moto, no momento consciente, orientado,
equilibrado, MMV(+), pupilas isotomicas, guias-n de dor e turgor
direto.

Diagnostico

Conduta

- Exatidão Razo X

- Alta de Cirurgia

Prescrição

Horario da medicacao

- Prescrição de Omeprazol

Frederico
Branco
de
Medicina
em
emprego

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Jaína Gomes de olive

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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

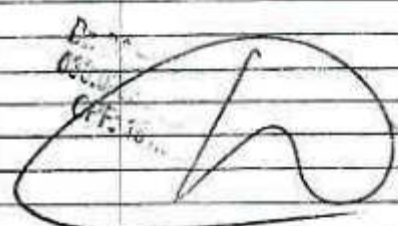
João Pessoa, 12 de setembro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maria dos Prazeres da Silva Data da Admissão: 14/05/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: Fratura Bimaleolar do
HDA: metacarpo IV direito
fratura simples


Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposuio ☐ 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>M. A. das Góias da Silva</i>		Registro:	
Idade: <i>41a</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica: <i>Orto</i>
Data: <i>14/05/1999</i>	Cirurgião: <i>D. G. Almeida</i>	1º Assistente: <i>D. Valdeir</i>	EMP: <i></i>
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>	Instrumentador: <i></i>	LR: <i></i>
Anestesista: <i>D. V. Almeida</i>	Tipo Anestesia: <i>Local</i>	Horário: <i></i>	L: <i></i> T: <i></i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<i>fx de TNE (D)</i>		<i>582.6+</i> <i>582.5</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
<i>D. m. m. m.</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<i>R. A. F. I.</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Id em DDH, vola flange
gripada + fratura
hipótese de cam pro estíves

Incisão:

Transversal Medial em TNEO

Achados:

Forado de Santese em malha
Medial

Conduta:

Realizado retirada de parafuso 3.5mm
e arruela.
Realizado manobra de redução e
aproximação de 2 faps de Kambner 2.0 em
malha medial.
Lavagem com Soro fisiológico

Fechamento:

Sutura + curativo + Tala
Bota

OBS:

Procedimento sem intercorrências

Data:

Dr. Valdean-Carvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PE - 76511

29 MAIO 2019

Dr. Valdean-Carvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM/PE - 7697

29 MAIO 2019

MEDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Marcos das Góias S. F.</i>		Registro:	
Idade:	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clinica:
Data: <i>24/05/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Gerson Luiz</i>	EMP:	LR:
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente: <i>Valdeir</i>	
Anestesista:	Tipo Anestesia: <i>Raque</i>	Instrumentador:	
Horário:		I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fs da Tireoide</i>			
<i>Burro de leite</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>RAFI</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:
		2 () Não	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim	
		2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Vde em DV A sobre Dorso
 Exsurgente + Pulso
 Exsurgente de Compressões Externas

Incisão:

Incisão lateral e Medial
 Dissecção por planos

Achados:

Fx de Medula lateral e Medial

Conduta:

Redução Redução aberta e
 fixação da tábua com placas e parafusos
 em Medula lateral. Placa 1/3 de corpo
 3/5 e parafusos corticais
 Redução Redução e fixação
 com 1 parafuso cortical em medula
 medial.

Fechamento:

Sutura por planos
 Curativo + Tala Boli

OBS:

+ Rx de controle

Procedimentos ser Integridade

Data:

22.05.14

Dr. Valdean Carvalho Jr.
 Médico - CRM 7692
 CNE 28634099990012

MEDICO/CRM

REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
D-900

Maria das Graças da Silva Ferreira

CARTeira de IDENTIFICAÇÃO




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.297.361 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/03/2013

NOME MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA FERREIRA

FILIAÇÃO JOSÉ SEVERINO DA SILVA
MARIA JOSÉ BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 29/12/1977

DOO ORDEM CASAM N. 3399 FLS. 286 LIV. B 10
CARTÓRIO SAPE-PB

CPF 030.465.264-40

Assinatura: *[Assinatura]*

Assessoria Jurídica da Sape-PB
Assessoria Jurídica da Sape-PB
LEI Nº 7.118 DE 28/08/83

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

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