

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8313909

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117
Vitima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8659455

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117
Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000001337-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000001337-8

Nr. da Autenticação 23B66A93F1AE38B4

Livro nº 001/2015

Ocorrência nº. 2278/2015

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Aos VINTE E CINCO dias de NOVENBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, ai, por volta 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA, conhecido por DEBORA, Identidade nº 2.636.905-SSP/PB, CPF nº 046.451.414-22, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: balconista de supermercado, filho(a) de Jose Gomes Da Silva E De Maria Lucia Garcia Da Silva, natural de Santa Rita /PB, nascido(a) em 02/09/1984 (31 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nova Floresta, 200, Tibiri 3i, tendo como ponto de referência: proximo ao tunel, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98738-1397.

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

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;

2) DATA DO FATO: 14 de 06 de 2015;

3) HORÁRIO: 22h:40min;

4) LOCAL: VIA PÚBLICA;

5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURTY;

6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;

7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;

8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

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

UMA MOTO HONDA CG 150 TITAN EX, DE COR VERMELHA, ANO MODELO 2013, CHASSI 9C2KC1660DR528291, PLACA OFZ 5158, MUNICÍPIO BAYEUX-PB, TENDO COMO PROPRIETÁRIO O ANTONIO CARLOS DOS SANTOS.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

A NOTIFICANTE DISSE QUE NO MOMENTO EM QUE CONDUZIA A MOTO SUPRACITADA, INICIOU-SE UMA CHUVA, E COMO PORTAVA UMA BOLSA, A COLOCOU A TRÁS DAS COSTAS, NESSE MOMENTO, SE DESEQUILIBROU EM UM QUEBRA MOLA, POIS NÃO O TINHA VISTO, VINDO A CAIR NA AVENIDA, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS SENDO LEVADA PARA O HOSPITAL SUPRACITADO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 767521, LÁ PERMANECU QUATRO DIAS SEM PREVISÃO DE CIRURGIA, SENDO CONDUZIDA DEPOIS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME BOLETIM DE ENTRADA Nº 846.123 COM POLITRAUMATISMO SEGUNDO CID 10 V29+S52.5.0+S82.1.0.

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) notificante, e por mim, escrevê(ô)-que digitei.

Debora Rosaline Garcia da Silva

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

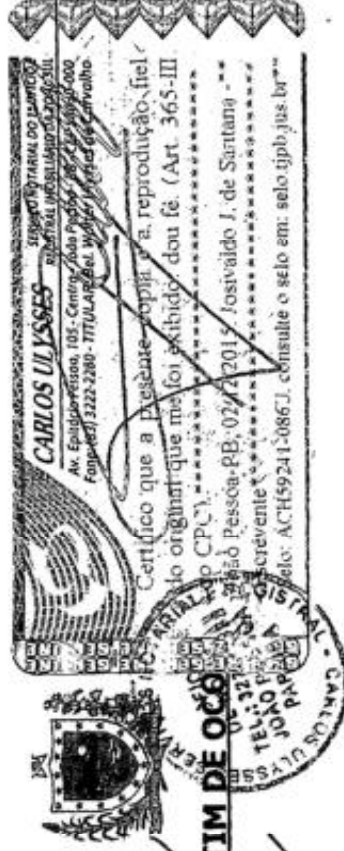
Comunicante

[Assinatura]

Escrivã(o)/Agente

FIC DPVAT
GRANDBERG

08 DEZ 2015





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN

Associação de seguradores



/AT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Deborah Rosaline Garcia da Silva EXPEDIDO POR SSP EM 09/03/2015
PORTADOR(A) DO RG Nº 2636905 /CNPJ 00000000-00, PROFISSÃO PROFESSOR
CPF 0404014-22 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO:
E RENDA MENSAL DE R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos e setenta reais) AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGU
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Deborah Rosaline Garcia da Silva A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL) 013
Nº do BANCO 404 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1014 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00001337-8

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

Santa Rita 27 de Novembro de 2015

LOCAL E DATA

Deborah Rosaline Garcia da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAIXA BRANCO/PB
DATA: 24/11/2015 HORA: 12:04:00
TERMINAL: 00501107 CONTROLE: 003611070240

AGENCIA: 1914 - SANTA RITA
CONTA: 013.00001337-8
CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE		
DEPOSITOS REALIZADOS ATE 03/05/2012		
DATA		VALOR
08/11		2,61
14/11		0,00
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012		
DATA		VALOR
14/11		405,63

MOVIMENTACAO		
DATA	NR.DOC	HISTORICO VALOR
SALDO ANTERIOR		405,35C

Novembro		
08/11	0000000	REM BASICA 0,00C
08/11	0000000	CRED JUROS 0,01C
14/11	0000000	REM BASICA 0,86C
14/11	0000000	CRED JUROS 2,02C

RESUMO EM 23/11
SALDO 408,24C

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO DISPONIVEL 408,24C
SALDO TOTAL 408,24C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





Condições do Seguro DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

SINISTRO

Número do Sinistro: 3151041117

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA Data do Acidente: 14/06/2015
CPF: 046.451.414-22 CPF de: Próprio Titular do CPF: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Entregue		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

- * O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- * A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.
- * Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 16/12/2015
Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
CPF: 046.451.414-22

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 16/12/2015 10:22
Nome: Paulo Ricardo Ximenes de Paiva
CPF: 322.960.293-53

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Paulo Ricardo Ximenes de Paiva

15-7

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

SIMISTRO

Número do Protocolo: ASP-294015/2015

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
CPF da Vítima: 046.451.414-22046.451.414-22

Dependência: 2015

Data de Nascimento: 02/09/1984
Data do Sinistro: 19/06/2015
Titular do CPF: DEBORA ROSA SILVA

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	08/12/2015	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIARIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

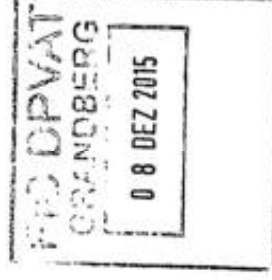
CONTRATO

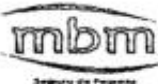
Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Telephone: (83) 99332-9009/(83) 99332-9009
Celular: (83) 988729070/(83) 988729070

Atos de câmbio provido por beneficiário da documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, fls. 100, deverão ser encaminhados para o Ministério da Saúde, para a realização do registro de câmbio.

Data de emissão deste aviso provisório: 08/12/2015

[illegible]



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Debona Rosaline Garcia da Silva
DATA DO ACIDENTE 19/06/2015 CPF DA VÍTIMA 046.451.414-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Debona Rosaline Garcia da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DO VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Debona Rosaline Garcia da Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Nova Floresta
Nº 200 COMPLEMENTO Município BAIRRO Santa Rita UF PB CEP 58302-275
CIDADE Santa Rita E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

DUT

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
CPF 046.451.414-22
ASSINATURA Debona Rosaline Garcia da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PB Nº 012030279708
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0056495951-0 00/00000000 2015

NOME
ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

CPE/CNPJ 91695104404 PLACA OFZ5158/PB

NOVO PLACA ANT / UR PB 9C2KCI660DR528291

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC RECO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN EX 2013 2013

2º P/149 /EI PARTEC VERMELHA

IPVA PAGO EM 27/07/2015 VENC / COTAS

PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO SEGURO PRÊMIO TOTAL R\$ 27/07/2015

A.F BANCO HONDA S.A

BAYEUX 118 27/07/2015 8290

EXPEDIDOR

CONTRAN

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

PB Nº 012030279708 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

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

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

2015 27/07/2015
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA ANTONIO CARLOS DOS SANTOS PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

1 91695104404 Nº CHASSI OFZ5158/PB

00564959510 HONDA/CG 150 TITAN E

PRÊMIO TARIFÁRIO

2013 FMS (R\$) 9 9C2KCI660DR528291 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

8290-1205229-20150727





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2636905 DATA DE EXPEDIÇÃO 09 MAR. 1984

NOME DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

FILIAÇÃO José Gomes da Silva
Maria Lúcia Garcia da Silva

Santa Rita PB 02.09.1984

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert. Nasç. 30.706, Fls. 220, 1.v.
A-26, Cart. de Santa Rita PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR *Debora Rosalino Garcia da Silva*



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 046.461.414-22

Nome da Pessoa Física: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 02/09/1984

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2001

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 21:08:14 do dia 08/12/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 548F.7E17.9E2A.F13F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço

Este documento não substitui o

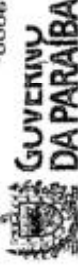
(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Ficha de Atendimento Ambulatorial



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



INTERNO, S/N - - CNES: 454548 - Tel:

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 846123

Identificação do paciente			
ID	Nome	Sexo	Data e Hora Prevista
908217	DEBORA ROSALINE GARCIA SILVA	Feminino	19/06/2015 11:26:36
Data de nascimento	Idade	Religião	Prontuário
02/09/1984	30 Anos(s)	CATOLICA	
Mãe	Estado civil	Pai	
MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA	UNIÃO ESTAVEL	JOSE GOMES DA SILVA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco)	
MEDIO INCOMPLETO			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	88630921		
Tipo documento	Número documento	Cross	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	2636905		700005393169329
Endereço			
CEP	Município de residência	Logradouro	
58302275	SANTA RITA	Nova Floresta	
Número	Complemento	Bairro	
200		Municípios	
Atendido por		Número da pulseira	
MARIA SORAYA ROCHA		3341819	

poli
D
26/06
NS-26
RX-26/06
RA
RE

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Imprimir

QUEIXA PRINCIPAL:

paralisação ventral de
coluna da motocicleta de
10 km/h em via de trânsito
acidente a partir de

EXAME FÍSICO:

REC DPVAT
GRANDBERG

EXAMES COMPLEMENTARES:

08 DEZ 2015

DIAGNÓSTICO:

fratura e lesão da L4/L5

CONDUTA:

CI: fratura interna
para fratura externa

Ficha de Atendimento Ambulatorial

PRESCRIÇÃO: _____

_____ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL: _____

Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____

PROCEDIMENTOS: () Curativo () Pequeno () Médio () Grande

() Tipóia Grande () MJ () Aparelho Gessado: _____

() Tala Gessada: _____ () Velpu em Crepom

() Retirada de Pontos () Tala Metálica () Outros: _____

EXAME RADIOGRÁFICO:

Local: _____

Lado do Corpo: () Direito () Esquerdo

Incidência: () Antero - Posterior () Postero - Anterior () Perfil () Especial

Assinatura e Carimbo: _____

DESTINO DO PACIENTE: _____

() Residência () Enfermaria () Observação

() Óbito () Retorno Ambulatorial () Alta Ambulatorial

Data de Retorno: _____

Assinatura do Médico e Carimbo: _____



LISTEN

Numero:

Paciente: Deborah Roseline Garcia Silva

Prontuário: 846123

Procedimento: Trat. Cervic. Front. Radio Dista. C. + Trat. Cervic. Front.

Date: / /

SUS: ☒ Não SUS: ☐

Reposição

Médicos: DR^o Ricardo + DR^o Courtney + DR^o Tequila (R1).

Caixa Pronta

DISPENSACÃO CME

[illegible]

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	gavetas de <u>baixo</u> A-50	(01)		

Dra. Diana M. F. M. F. Ramos
Médica
CRM 2044

ASSINATURA DO MEMBRO - CRM

Joint Editors: da Silva Galdino
© 2008 PE 424.987
S. 100.000

ASSINATURA INTERMAGEM - COREN

10. Assinatura da Silva Nascimento
 11. Tec. de Enfermagem
 12. COREN-PA 424.824

A CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2

~~Expediente V. de Oliveira~~
~~Tr. em Enfermagem~~
~~COREN nº 622-838~~



RELATÓRIO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: 01

Paciente: Edson Romão Costa

Procedimento:

SUS: ☒ Não SUS: ☐

Médico: D^o Romão José + DR^o Raulney + DR^o Teófilo

Prontuário: 846123

Data: 26/05/15

Reposição:



DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Fio de Kirschner n° 1,5	03		
	11 11 11 n° 2,5	01		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Atoplen 4,5	Placa em "L" 2/6 (Aeulsa) Esquerda	01		
	- Placa fixa Portais n° 38(02) + n° 16(01)	03		
	- 11 Placa fixa n° 10(01) + n° 8(01)	02		

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

João Edilberto Silva Nascimento
ASSINATURA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM - COREN
Enfermeiro - COREN 424.987

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

João Carlos M. da Oliveira
Téc. em Enfermagem
COREN 622-838

F(NG).APC.013-2



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



FENIRH

Nome: Adriano R. F. Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: _____ 1º Assistente: TEOFILO (Rd)

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Façoite do apdo distal (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteotomia</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa,

FIC DPVAT
0-8 DEZ 2015
Cirurgião BERG



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

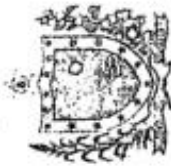


HEEISHL

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	
Incisão:	Pireque peritumor sob anestesia do infiltrativo
Achados:	De suspensão de prótese do tórax distal (D).
Conduta:	Fios (K) 4.5 Fecho anastomose sem intervenções
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM: _____

João Pessoa, ____/____/____

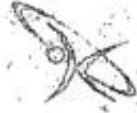
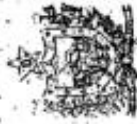


GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta

[Assinatura]

Nome:	Debra Karaline / <i>[Assinatura]</i>			Registro:
Idade:	Sexo: <i>F</i>	Cor: <i>B</i>	Ent: <i>Quadr.</i>	Leito:
Data de admissão:	19/06/15		Data da alta:	28/06/15
Diagnóstico inicial:	Fratura fechada do fêmur			
Diagnóstico final:	Fratura radiográfica			
Outros diagnósticos:				
Principais exames:	<i>Revisão física</i>			
Cirurgia realizada - data e equipe:	<i>Realizada cirurgicamente</i> <i>Dr. Karatay</i>			
Terapêutica medicamentosa:				
Anatomia patológica				
Infeção: sim () não ()	Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia:				
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()				
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	<i>paciente operado</i>			
Dieta:	<i>Líquida</i>			
Repouso: relativo em casa por _____ dias	<i>90</i> dias			
retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias e com maior em _____ dias.				
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em _____ dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.				
Medicações para casa:	<i>cefalexima + pimeftid</i>			
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____	<i>MSOP</i>			
Ao ambulatório	<i>3/7/15</i>			
João Pessoa: _____ de _____ de _____	<i>28 de 06 de 15</i>			
Ass. Médico: <i>[Assinatura]</i> CRM nº _____				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

FIC DPVAT
GRANDBERG
08 DEZ 2015



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/84
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	846.123
PRONTUÁRIO N.º	89.286
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/15
HORA DO ATENDIMENTO	11:26H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO
CID 10	V29 + S52.5.0 + S82.1.0

AValiação InICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ ± 10 DIAS, ENCAMINHADO POR OUTRO SERVIÇO, COM QUEIXA DE DORES EM PUNHO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, ENCAMINHADA POR OUTRO SERVIÇO.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL.

RX DE JOELHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS.

TRATAMENTO:


PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA INGUINO-PODÁLICA, OERADA POR DR. KARTNEY + TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM OSTEOSINTESE, OPERADA POR DR. RICARDO RAMOS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILOPAMAR.

ALTA HOSPITALAR:

28/06/15 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AGENDADO

DATA DA EMISSÃO:

09/10/2015


Dr.ª Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Carlos dos Santos,
RG nº 1679205, data de expedição 13/12/1991 Órgão SSP,
portador do CPF nº 91695104404 com Domicílio na
cidade de Santa Rita, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Dedinha Lopes,
nº 51W, complemento, Edif. Santiago declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Deborah Robeline Gancia Silva,
cujo o condutor era Antonio Carlos dos Santos.

Veículo: Honda / CG 150 Titan EX
Ano: 2013 / 2013
Modelo: Honda / CG 150 Titan
Placa: OFZ 5198 / PB
Chassi: 9C2K2C1660DR528291
Data do acidente: 19/10/2015

Local e data: Santa Rita / PB - 25/11/2015



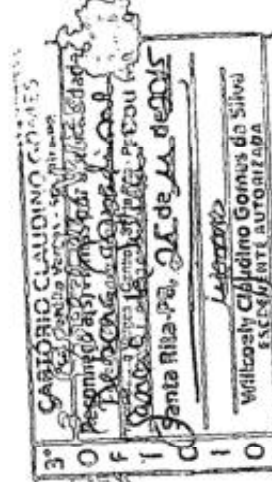
X Antônio Carlos dos Santos

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



Deborah Robeline Gancia da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deborah Rosaline Garcia da Silva
RG nº 2636905, data de expedição 09/03/1999,
Órgão SSP, CPF nº 046.451.414-22, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguinto, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Nova Floresta</u>
Número	<u>200</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Municípios</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58302-275</u>
Telefone de contato	<u>83.99865.5950 / 98872.9070</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita, 27/11/2015

Dr. Deborah Rosaline Garcia da Silva

Assinatura do Declarante

Perícia João

Pessoa IB





00001007



CIC RECIFE PE JPA 711

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
R NOVA FLORESTA 200
MUNICIPIOS
58302-275 SANTA RITA PB

NC-15



121109423607947000000022373707290715

Postagem: 29/07/2015
Vencimento: 09/08/2015
Emissão: 28/07/2015
Fechamento próxima fatura: 04/09/2015

Titular **DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA**
Cartão **5487.XXXX.XXXX.6080**

Para que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastro-fatura-digital



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	317,91
Pagamento efetuado em 09/07/2015	- 317,91
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	318,47
Total desta fatura	318,47



315104114

marco

<http://192.168.25.254:8080/santania/pages/t>GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N - - CNES: null - Tel.:

Boletim de Atendimento: 45710



Identificação do paciente										
ID	Nome			Sexo						
90977	DEBORA ROSALINA			Feminino						
Data de nascimento	Idade			Estado civil		Religião		Prontuário		
02/09/1984	31 anos 3 meses 26 dias									
Mãe	Pai									
MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA										
Escolaridade	Responsável (Parentesco)									
DDD Móvel	Fone Móvel			DDD Fixo		Fone Fixo				
Tipo documento	Número documento			Nº Cnis						
Local de procedência				Tipo		UF				
Email	Naturalidade			CBO/R						
Endereço										
CEP	Município de residência			UF		Logradouro				
59303995	SANTA RITA			PB		Principal				
Número	Complemento					Bairro				
200	RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III					Capitão				
Admissão										
Data e Hora Prevista	Número da pulseira			Convênio						
14/06/2015 19:02:15	59310			SUS						
Especialidade	Clínica			Origem do paciente						
MEDICO CLINICO	CLINICA MEDICA			RESIDENCIA						
Classificação de risco				Detalhe do acidente						
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento									
URGENCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA									
Indicadores e Transporte										
Caso policial	Plano de saúde			Veio de ambulância		Trauma				
Não	Não			Não		Não				
Meio de transporte				Quem transportou						
Sinais Vitais										
PA	X			mmHg		Pulso		Temperatura		
Exames complementares										
Ratio X []	Sangue []		Urina []		TC []		Liquor []		ECG []	
Ultrasonografia []										
Dados clínicos										
Diagnóstico										
CID										
Atendido por										
JOSE JACKSON										
Tempo										
04min 53seg										

Imprimir

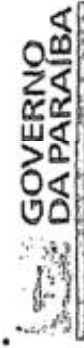
Código	Descrição
Z00.0	Exame médico geral

Dados coletados anteriormente		utilizar na impressão?
Seção	Informação	Valor
CLASSIFICACAO DE RISCO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	14/06/2015 19:10:02
CLASSIFICACAO DE RISCO	ESCALA DE DOR	AREA VERDE
CLASSIFICACAO DE RISCO	QUEIXA DO PACIENTE	DOR 5
CLASSIFICACAO DE RISCO	POSSUI ALERGIA?	ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.
CLASSIFICACAO DE RISCO	PA	120X70
CLASSIFICACAO DE RISCO	FR	102
CLASSIFICACAO DE RISCO	POSSUI ALERGIA?	NEGA
CLASSIFICACAO DE RISCO	HAS	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	TABAGISMO	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	ALCOOLISMO	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	PNEUPATIAS	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	CARDIOPATIAS	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	NEUROLOGICOS	Não
CLASSIFICACAO DE RISCO	DIABETES MELLITUS	Não

Conduta médica
A

Dra. Alana Moura Di Pace
 Médica
 CRMPB 8566
 ALANA MOURA DI PACE
 (8566/PB)

Debora Rosalina Moura da Silva
 DEBORA ROSALINA

GOVERNO
DA PARAÍBAUPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTOINTERNO, S/N -
CNES: null - Tel.:

Paciente DEBORA ROSALINA	BAE 45710	Data/Hora Entrada 14/06/2015 19:02:15
Data de nascimento 02/09/1984	CNS	Telefone de Contato
Mãe MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA	Sexo Feminino	Prontuário
Idade 31	Município SANTA RITA	UF PB
Endereço Principal, 200 - RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III	Profissional ALANA MOURA DI PACE	Nº Cons. Regional 8566/PB
Acidente Móvel	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição 14/06/2015 19:28:05
Data/Hora Classificação 24/06/2015 01:50:03		

CLASSIFICACAO CLINICA

QUEIXA DO PRINCIPAL

QUEIXA DO PACIENTE
ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.

ANTECEDENTES MORBITOS

HAS Não

CARDIOPATIAS Não

DIABETES MELLITUS Não

PNEUMATIAS Não

NEUROLÓGICOS Não

TABAGISMO Não

ALCOOLISMO Não

ALERGIA

POSSUI ALERGIA? NEGA

ESCALA DE DOR

ESCALA DE DOR



DOR 5

SINAIS VITAIS

PA 120X70

FR 102

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



AREA VERDE

Anamnese

PCTE JOVEM VEIO AO SERVICO COM QUADRO DE ESCORIAÇOES POR TODO EM BRACO, ANTEBRACO, PERNA ESQUERDAS HA 30 MINUTOS, NEGANDO PERDA DE CONCIENCIA

Exame Físico

ESCORIAÇÕES DIVERSAS

CID10



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Deborah Rosalene Garcia da Silva, portador da carteira de identidade nº 2636905 e inscrito no CPF nº 046.451.414.22 residente e domiciliado na R Nova Floresta 200 Municipidade CEP: 58302-275

Santa Rita, Cidade Santa Rita, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Deborah Rosalene Garcia da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Santa Rita PB - 27 de Novembro 2015

Local e data

FIC DPVAT
GRANDBERG

08 DEZ 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3151041117 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/06/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / JOELHO ESQUERDO: 75% DE 25% / PUNHO ESQUERDO: 75% DE 25% / TOTAL: 37,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

