



Número: **0803503-12.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **26/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MIRIAM PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33527 677	24/08/2020 12:07	2744300_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498956

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Pag. 00045/00046 - carta_03 - INVALIDEZ

00020023



Carta nº 14741324



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412075827000000032085477>

Número do documento: 20082412075827000000032085477



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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498956

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Pag. 00397/00398 - carta_03 - INVALIDEZ

00020199



Carta nº 14768578



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412075827000000032085477>

Número do documento: 20082412075827000000032085477

Num. 33527677 - Pág. 2



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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498956

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA DA SILVA

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,

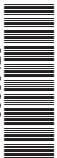
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14906089

Pag. 00857/00858 - carta_01 - INVALIDEZ

00350429





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, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498956

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA DA SILVA

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000045156-7

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

Pag. 01367/01368 - carta_15R - INVALIDEZ

00020684





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: C/P da vítima: Nome completo da vítima: **077.897.224-09 Miriam Pereira da Silva**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **Miriam Pereira da Silva** C/P: **077.897.224-09**
Profissão: **Recuso. R. Rita Ferreira da Silva** Número: **385** Complemento:
Bairro: **Itangabeira** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58000-000**
E-mail: Tel. (DDD): **(83) 98663-4900**

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ 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: **3487** CONTA: **45156** AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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 elevação 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 (assinale 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 20 (vinte) 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não se aplica 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 (vix 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 199 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 23/08/19**
Nome: **Edson G. do Nascimento**
CPF: **047.903.064-13**
Edson G. do Nascimento
(*) Assinatura de quem assina A RDO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Miriam A. da Silva**
CPF: **119.190.954-04**
Miriam A. da Silva
Assinatura
2ª Nome: **Edson G. do Nascimento**
CPF: **033.645.454-10**
Edson G. do Nascimento
Assinatura

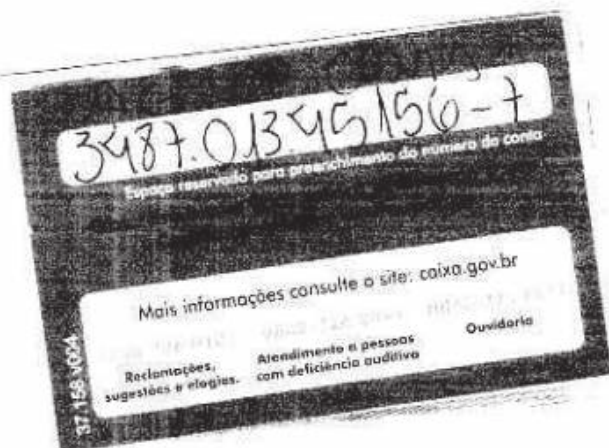
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RDO, 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.

FPS.001 V001/2018



agência

Miriam Pereira da Silva



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: 077.897.224-09 Nome completo da vítima: **Miriam Pereira da Silva**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEF Nº 445/2012
Nome completo: **Miriam Pereira da Silva** CPF: 077.897.224-09
Profissão: **Recuso** R. Rita Ferreira da Silva Número: 385 Complemento: _____
Bairro: **Trangabeira** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: 58000-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487

CONTA: 45156

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(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 impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente por **recusa** (assinale 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 de _____ (entre) 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 não submetê-la a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente, conforme artigo 139, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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 a aqueles 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.

Local e Data: **João Pessoa - PB 23/08/19**

Nome: **Christina G. do Nascimento**

CPF: **043.903.064-13**

Christina G. do Nascimento

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Yasmin A. da Silva**

CPF: **719.190.954-04**

Yasmin A. da Silva

Assinatura

2ª Nome: **Christina G. do Nascimento**

CPF: **033.645.454-70**

Christina G. do Nascimento

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, 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.**

FPS.001 V001/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02240.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02240.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:38 horas do dia 20 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Miriam Pereira da Silva**, CPF nº 077.897.224-09, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luzia Maria da Conceição e Pai Não Declarado, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 08/03/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Margarida Maria Alves, Nº 86, complemento COMUNIDADE DO TIMBÓ, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Depósito de Construção de Joselio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98678-4919.

Dados do(s) Fatos:


Local: Julio Soares da Silva, Cidade Verde, Mercadinho Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava no carona do veículo pas/motocicleta, marca e modelo: I/LONCIN ITALIKA XT 50, ano e modelo: 2014 de cor vermelha, placa: QFD 1563/PB, Chassi nº LLCJBBC00E1100146, registrado em nome de Sheila Nascimento Reis-CPF nº 052.168.084-00, (amiga da notificante); QUE segundo a notificante trafegava no carona onde quem pilotava era a própria proprietária acima mencionada; QUE segundo a declarante seguia normalmente quando a sua amiga que pilotava a moto perdeu o controle devido o veículo ter derrapado quando tentava passar em um quebra molas; QUE devido ao fato piloto e carona vieram a cair ao chão; QUE devido ao fato a declarante veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1525/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 22/10/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MIRIAM PEREIRA DA SILVA
Notificante



Procedimento Policial: 02240.01.2018.1.00.420





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: C/P da vítima: Nome completo da vítima: **077.897.224-09 Miriam Pereira da Silva**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **Miriam Pereira da Silva** C/P: **077.897.224-09**
Profissão: **Recuso. R. Rita Ferreira da Silva** Número: **385** Complemento:
Bairro: **Itangabeira** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58000-000**
E-mail: Tel. (DDD): **(83) 98663-4900**

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00

☐ 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: **3487**

CONTA: **45156**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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 elevação 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 (assinale 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 20 (vinte) 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não se trata de 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 (ou 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 (ou nascido)? ☐ 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 199 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 23/08/19**
Nome: **Edson G. do Nascimento**
CPF: **047.903.064-13**
Edson G. do Nascimento
(*) Assinatura de quem assina o RDO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Miriam A. da Silva**

CPF: **119.190.954-04**

Miriam A. da Silva

Assinatura

2ª Nome: **Edson G. do Nascimento**

CPF: **033.645.454-10**

Edson G. do Nascimento

Assinatura

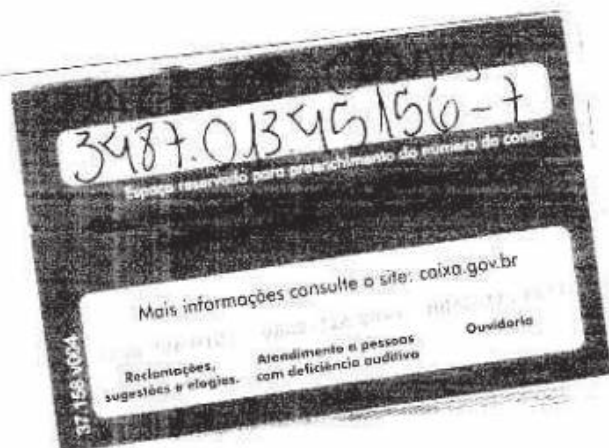
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RDO, 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.

FPS.001 V001/2018



agência

Miriam Pereira da Silva



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 807/058, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2119197, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MIRIAM PEREIRA DA SILVA** idade 36 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 01/07/2018, na R. Júlio Soares da Silva, Bairro: Mangabeira (Cidade Verde) - João Pessoa - aproximadamente às 17:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 16 de Julho de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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:	11/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000045156-7

Nr. da Autenticação 312568DB710CB57B



Call our Job Automatic: 000949514

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	18/07/2019	15/08/2019	759.220.124-15

UC (Unidade Consumidora):

5/409169-0

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/08/19	25662	18/07/19	25922			
Demonstrativo						
CD	Descrição	Orcamento	Anexo	Banco/Dcto.	VLC	Despesa/Funcao
		Total do Mês		Total do Mês	Pctual	% do Mês
0001	Consumo de Energia BR	180.379	02/19/2019	6.15	0.02	2
0001	Consumo - 31 a 10/08/19 BR	2.007	01/19/2019	0.25	0.00	2
2001	Ade R Alameda			0.21	0.00	2
0010	Subtotal			0.46	0.00	2
LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS						
0004	JUROS DEMORA 05/2019			0.01	0.00	2
0004	JUROS DEMORA 06/2019			0.06	0.00	2
1005	MULTA DEJOSIS			1.83	0.00	2
0005	MULTA DEJOSIS			0.26	0.00	2
0006	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2019			0.11	0.00	2
1005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019			0.31	0.00	2
0002	REMSOLDO FACIL - AGS 07/2019			0.69	0.00	2
0006	Gravacao Subtotal			11.12	0.00	2
CD	Código de Classificação da Despesa	TOTAL		11.14	0.00	2
Totais Totais Atualizado		2.2252		Atualizado	0.29/2019	

CC-BY-NC-ND 4.0 International license.

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
23/07/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 16.14

Histórico de Consumo (kWh)

[illegible]

da20.15b8 6781 5a66 3228 a2e8.e7a7 b781

Indicadores de Qualidade 6 (2019) Março 2019

	Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)
RESIDENCIAL	4,87	3,03	
COMERCIAL	10,15		10,00
INDUSTRIAL	20,20		
RESIDENCIAL	3,43	0,00	
COMERCIAL	6,87		
INDUSTRIAL	13,75		
RESIDENCIAL	12,00	0,00	
COMERCIAL	24,00		
INDUSTRIAL	48,00		

Discriminador	Valor (R\$)	%
Totais	10,14	100,00

2007年12月31日

ATENÇÃO

• Sua idade foi informada como 56 anos, mas seu verdadeiro nome é 52.
• Letra confirmada
• Contato com o NEM segundo TACU, AGE - 11.
• Cancelamento das buscas do veículo e do suspeito no Estado de Mato Grosso do Sul.
• Contato com o NEM segundo TACU, AGE - 11.

Estaturas em atraso

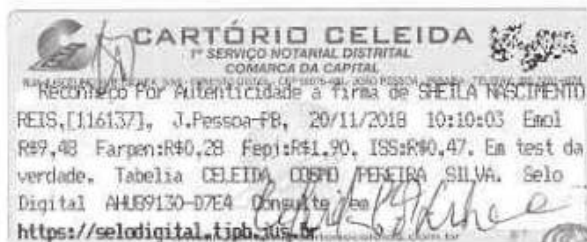


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SHEILA NASCIMENTO REIS,
RG nº 2972858, data de expedição 24/01/2002
Órgão SSPB, portador do CPF nº 052.368.084-00 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rafael Farias de Castro, nº 511,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Miriam Pereira da Silva cujo o condutor era
Sheila Nascimento Reis
Veículo: moto
Modelo: I/LONCIN ITALIKA XT50
Ano: 2014
Placa: QFD 1563
Chassi: LLCJBBC00E3100146
Data do Acidente: 01-07-18
Local e Data: João Pessoa, 26-11-18

Sheila Nascimento Reis
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





CERTIDÃO

Nº. 1525/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 141153 e Prontuário nº 2018.07.000083 pertencentes a **MIRIAM PEREIRA DA SILVA** que foi atendida dia 01/07/2018 às 17H43min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito e lesão corto contusa em pé esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de Lisfranc em pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/07/2018 com alta médica dia 06/07/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de outubro de 2018

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



HOSPITALAR
ABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 141153
Data: 01/07/2018
Hora: 17:43:21
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU.
Clínica: CIRURGICA

Atd: Nao Regular

CNPJ:

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.07.000083

DADOS DO PACIENTE

Nome: MIRIAM PEREIRA DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987546316
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/03/1983 Id: 35 ano(s)
End.: COMUNIDADE DO TIMBO, 3
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: NAO INFORMADO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987546316 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Tratamento utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANGABEIRA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO, APRESENTA TRAUMA EM MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima queda de moto há 7
horas. Apresenta lesão certo antebraço
pe e dor local. Lado direito OK, REG, 1

Diagnostico

Conduta

PR-MT em AHTX SIRA

Prescrição

Horario da medicação

Medicamento: Analgésico
Negra venozol ou desmorfina

① SAT ou TEPNOgrafia
em...

Alto da UE
qual
Rx do ME +
análise



ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Mirian Leona da Silva			Data da Admissão:	01/08/20
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:		
Nome da Mãe:					
Endereço:	Bairro:				
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:		
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:		
Escolaridade:	Data de Nascimento			1 / 1	
QPD:	Fratura Luxação Externa				
HDA:	De 15 dias de 12h 15 (10)				
De 15 dias de 12h 15 (10)					
De 15 dias de 12h 15 (10)					
De 15 dias de 12h 15 (10)					
Medicações em uso:					
Interrogatório Sintomatológico:					
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese					
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outras:					
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-reposso [] Deformidades					
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos					
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade					
[] Amnésia [] Libido [] Humor					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412075827000000032085477>

Número do documento: 20082412075827000000032085477

Num. 33527677 - Pág. 18

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Dr. Teófilo de A. R. Filho
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM-PB 101917-15-17

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

At - 0 - 10 N 32m
Anestesia

Incisão:

At - 10 N 32m + 10m
A 10m 10m

Achados:

Via 10m 10m

Conduta:

- 1) Ponto de an. 10m
- 2) LMC SF de EXAMINAR
- 3) Ponto de an. 10m
- 4) FIM 10m 10m (V)
- 5) Sutura de 10m

Fechamento:

10m 10m

OBS:

Son 10m 10m

Data:

01/07/18

Dr. Jamilson de A. Filho
Proprietário e Responsável
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Miguel Pereira da Silva	Registro:	
Idade:		Sexo:	
Data:	06/11/18	Cirurgião:	Teodoro 2 W
2º Assistente:		3º Assistente:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:	
		Horário:	I:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura luxação do ombro
de esquerda
(E)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

O ombro

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

Procurar

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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: MIRIAN PEREIRA DA SILVA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 29	LEITO: 426
DATA DE ADMISSÃO 01/07/2018		DATA DE ALTA: 06/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE LISFRANC EM PÉ ESQ</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de PE + exame físico</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador de fratura luxação exposta de lisfranc em pé esquerdo, foi submetido a tratamento cirúrgico através de uma redução cruenta + fixação percutânea com fio K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, maxsulid 400mg e Dipirona 1g

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **01 semana** dias para revisão. (Dr. Temístocles)

06/07/18

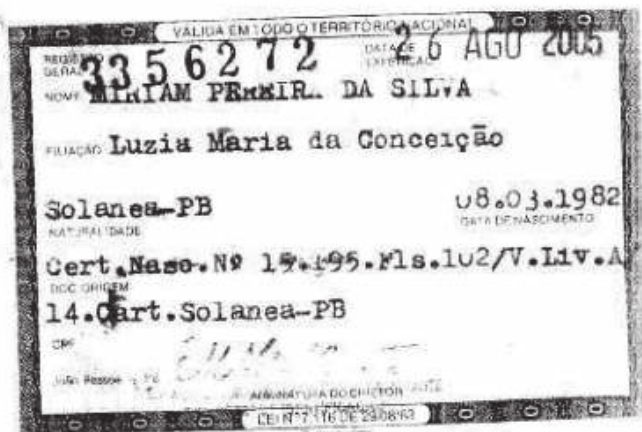
DATA

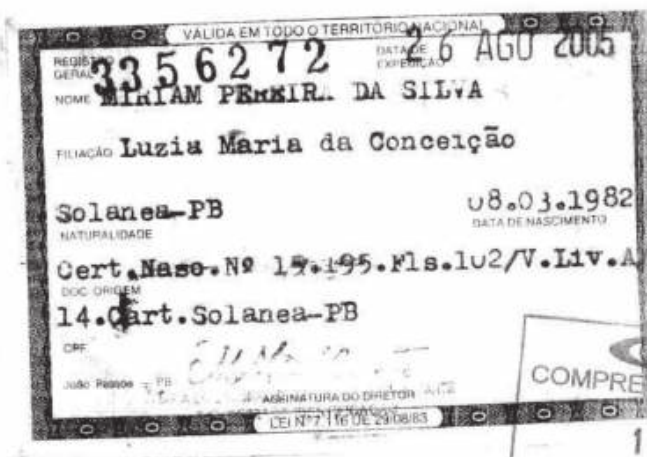
Dr. Leonardo

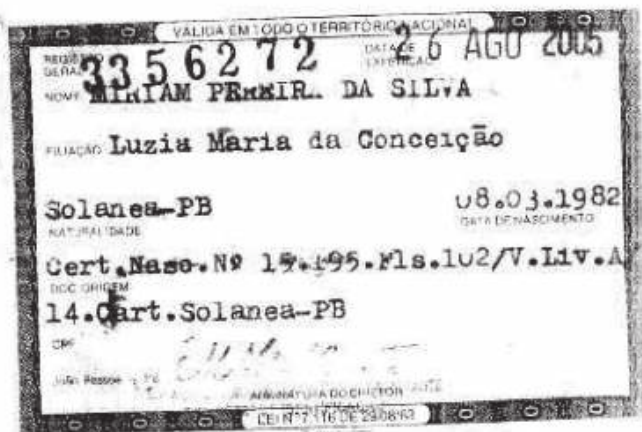
ASS. MÉDICO / C.R.A.

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









[illegible][illegible]

26 AGO. 2019
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Testemunha



Testemunha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
KVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

FOTO

IDC GERAL / ORG EMISSOR
2215828 SBI PB

CPF
037.645.458-70

DATA NASCIMENTO
05/05/1979

FILIAÇÃO
MARIA GONCALVES DO NASCIMENTO

PRONÚNCIA
ACC CATAR

Nº REGISTRO
0336091 DOUT

VALIDADE
11/21/2020

1ª HABITAÇÃO
26/08/2004

OBSERVAÇÕES

Assinatura e do Registrante

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
09/12/2013

Assinatura do Registrante

05065286094
29031759470

1226718168

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

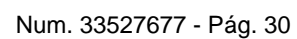
PROIBIDA PLASTIFICAR

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV
COMPREV SEGUROS PREVIDÊNCIA S/A
01 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190498956 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P6)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293350/19

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 077.897.224-09

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 01/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

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

MIRIAM PEREIRA DA SILVA : 077.897.224-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: MIRIAM PEREIRA DA SILVA
CPF: 077.897.224-09

MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293350/19

Número do Sinistro: 3190498956

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 077.897.224-09

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 01/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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: 01/10/2019
Nome: MIRIAM PEREIRA DA SILVA
CPF: 077.897.224-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MIRIAM PEREIRA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

