

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Nº Sinistro: 3180035248

Vitima: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Data do Acidente: 20/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180035248**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12269348



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Sinistro: 3180035248

Vítima: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Data do Acidente: 20/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180035248** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12350934

A/C: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Nº Sinistro: 3180035248  
Vítima: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ  
Data do Acidente: 20/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000023022-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |        |
|------------------|-----|--------|
| Multa:           | R\$ | 0,00   |
| Juros:           | R\$ | 0,00   |
| Total creditado: | R\$ | 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

|                                        |     |        |
|----------------------------------------|-----|--------|
| Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = | R\$ | 843,75 |
|----------------------------------------|-----|--------|

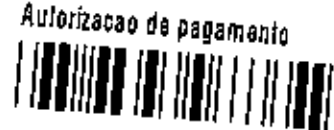
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**. Deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal preencherá o campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

**COMPREV**  
**COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA**  
12 JAN. 2018  
**PROTOCOLADO**  
**AS JOÃO PESSOA**

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

704.919.994-02

Rita de Cassia Silva Queiroz

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                 |                      |                |
|---------------------------------|----------------------|----------------|
| Nome completo                   | CPF titular da conta | Profissão      |
| Rita de Cassia Silva Queiroz    | 704.919.994-02       | autônoma       |
| Endereço                        | Número               | Complemento    |
| Adriano Pires Neto              | 27                   | la. 02-11-27   |
| Bairro                          | Cidade               | Estado         |
| Jardim Venezia                  | João Pessoa          | PB             |
| E-mail                          | CEP                  | Telefone (DDD) |
| alexamoraesarduarte@hotmail.com | 58084-114            | 83-99105-5363  |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                           |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00           |                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br>BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAU (341)<br>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |                                                        |
| AGÊNCIA NRQ 0038 D/V                                                                                                                                                                             |                                                        | BANCO Nome ITAU                                           |                                                        |
| CONTA NRQ 000230226 D/V                                                                                                                                                                          |                                                        | AGÊNCIA NRQ D/V                                           |                                                        |
| (Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                     |                                                        | (Informar dígito se existir)                              |                                                        |

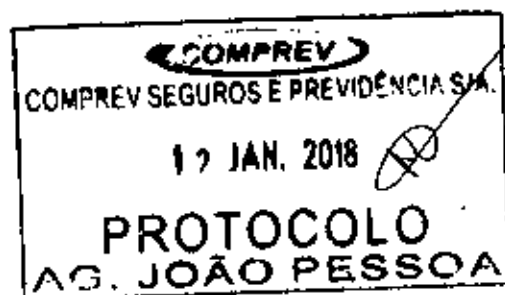
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 02 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Rita de Cassia Silva Queiroz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

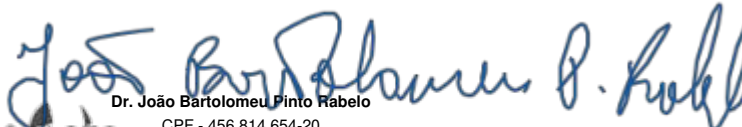
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Rita de Cassia Pereira Silva Queiroz  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ednaldo Pequeno Netto, 27  
Jardim Veneza Joao Pessoa PB CEP: 58084-114  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 3772185  
Data local do exame: [ 29/01/2018 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- TRAUMATISMO NA COLUNA LOMBAR COM FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR  
AO EXAME FÍSICO LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA COLUNA VERTEBRAL, QUEIXAS DE DOR AOS  
ESFORÇOS FÍSICOS.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
( X ) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
( X ) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR E QUEIXAS DE DOR AOS ESFORÇOS.  
Data da alta: 15/02/2017.  
REALIZADO TRATAMENTO COM COLETE DE PUTTI, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.  
RESULTADOS INSATISFATÓRIOS, COM QUEIXAS DE DOR E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR.  
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
( X ) Sim ( ) Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DAS COLUNA LOMBAR E QUEIXAS DE DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i>      | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| ( ) "Exame não permite conclusão"<br><i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> |                                                                                                                                                                                                   |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                                 | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).
- ( ) Total = "100% da IS"
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518





Boletim de ocorrência



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02276.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02276.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:57 horas do dia 28 de dezembro de 2017, 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 **Rita de Cassia Pereira Silva Queiroz**, CPF nº 704.919.994-02, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônomo, filho(a) de Severina Targino da Silva Pereira e Severino Anizio Pereira, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 17/04/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Ednaldo Pequeno Neto, Nº 27, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Corpo de Bombeiros, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99310-5125.

**Dados do(s) Fatos:**

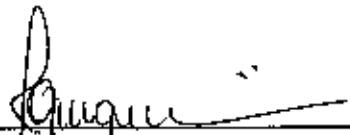
Local: Ranielo Mazillo, Próximo a Casa Lotérica, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/04/17 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

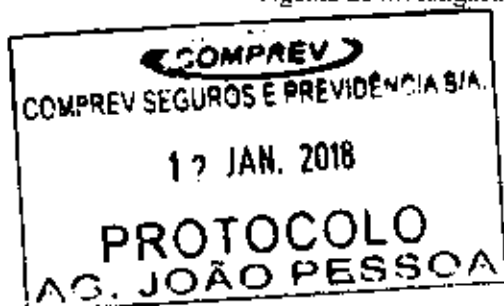
QUE, segundo a notificante no dia 20/04/2017, por volta 16:00 horas, quando vinha de carona no veículo, tipo motocicleta, modelo YAMAHA/XTZ 125 K, ano e modelo: 2008 de cor azul, placa: MOT 1256/PB, CHASSI nº 9C6KE094080036269, estando este veículo em nome da notificante, que este veículo era conduzida pela pessoa de DANIEL PEREIRA DA SILVA, portador da Rg nº 3867784 SSP/PB, CPF nº 105.857.904-50 e CNH nº 05378942520 categoria "A". QUE, segundo a notificante ao chegar na AV. Ranieri Mazzilli, um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo identificar o modelo nem o condutor fez uma ultra passagem indevida e colidiu no veículo (moto) que a notificante encontrava-se, vindo a mesma a cair no solo e se lesionando, sendo socorrido pela ambulância do SAMU, para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, cujo boletim de entrada nº 995.291 ( acidente de motocicleta) expedido em 30/11/2017, expedido pelo médico Dr. José de Almeida Braga CRM 2329 PB, que não quer representar criminalmente.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de dezembro de 2017.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ  
Notificante



Procedimento Policial: 02276.01.2017.1.00.420



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Rita de Cássia Silva Queiroz CPF da Vítima: 704.919.994-02 Data do Acidente: 20-04-17

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email                                | Telefone (DDD)             |

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para fins de **COMPREV** 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN, 2018

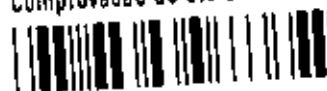
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 02 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Rita de Cássia Silva Queiroz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

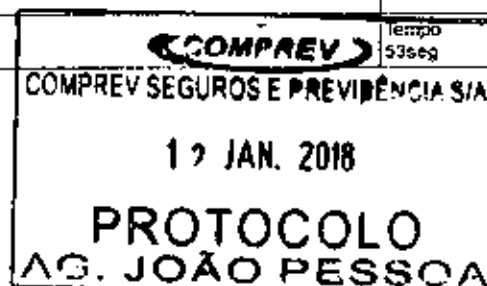
ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 995291



|                                           |                                                  |                                    |                                         |                  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>          |                                                  |                                    |                                         |                  |
| ID<br>1162549                             | Nome<br>RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ     |                                    |                                         | Sexo<br>Feminino |
| Data de nascimento<br>17/04/1992          | Idade<br>25 anos 3 dias                          | Estado civil                       | Religião                                | Prontuário       |
| Mãe<br>SEVERINA TARGINO DA SILVA PEREIRA  | Pai<br>SEVERINO ANISIO PEREIRA                   |                                    |                                         |                  |
| E escolaridade                            | Responsável (Parentesco)<br>A MESMA - O MESMO(A) |                                    |                                         |                  |
| DDD Móvel<br>83                           | Fone Móvel<br>93105125                           |                                    | DDD Fixo                                | Fone Fixo        |
| Tipo documento                            | Número documento                                 | Nº Cns<br>704500313747515          |                                         |                  |
| Local de procedência<br>CRISTO REDENTOR   |                                                  | Tipo<br>BAIRRO                     | UF<br>PB                                |                  |
| E-mail                                    | Naturalidade<br>BANANEIRAS                       | CBO/R                              |                                         |                  |
| <b>Endereço</b>                           |                                                  |                                    |                                         |                  |
| CEP<br>56071590                           | Município de residência<br>JOAO PESSOA           | UF<br>PB                           | Logradouro<br>DESPORTISTA NAPOLEÃO DURÉ |                  |
| Número<br>407                             | Complemento                                      | Bairro<br>CRISTO REDENTOR          |                                         |                  |
| <b>Admissão</b>                           |                                                  |                                    |                                         |                  |
| Data e Hora<br>20/04/2017 17:16:47        | Número da pulseira<br>100005501990               | Convênio<br>SUS                    |                                         |                  |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL           | Clínica                                          |                                    |                                         |                  |
| Classificação de dano                     | Origem do paciente<br>RUA                        |                                    |                                         |                  |
| Caráter de atendimento                    | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>MOTO X MOTO |                                         |                  |
| <b>Indicadores e Transporte</b>           |                                                  |                                    |                                         |                  |
| Caso policial<br>Não                      | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não          | Trauma<br>Não                           |                  |
| Meio de transporte<br>SAMU                | Quem transportou                                 |                                    |                                         |                  |
| <b>Sinais Vitais</b>                      |                                                  |                                    |                                         |                  |
| PA<br>_____ X _____ mmHg                  | Pulso                                            | Temperatura                        |                                         |                  |
| <b>Exames complementares</b>              |                                                  |                                    |                                         |                  |
| Raio X []                                 | Sangue []                                        | Urina []                           | TC []                                   | Liquor []        |
| ECG []                                    |                                                  |                                    |                                         |                  |
| Ultrasonografia []                        |                                                  |                                    |                                         |                  |
| Dados clínicos                            |                                                  |                                    |                                         |                  |
| Diagnóstico                               |                                                  |                                    |                                         |                  |
| CID                                       |                                                  |                                    |                                         |                  |
| Atendido por<br>ANNE WALESKA PEREIRA LIMA |                                                  |                                    |                                         |                  |

Imprimir





# 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: 31/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

BANCO: 104

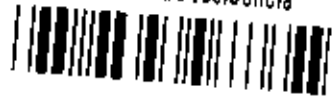
AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000023022-6

---

Nr. da Autenticação 9C08A5464A593CA9

Comprovante de residência



ALEXANDRA CESAR DUARTE  
AV. ALBERTO RIOSA, 00056  
MADUREIRA  
58035-450 JOÃO PESSOA, PB

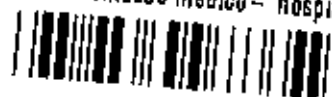
VIA DA FÁBULA, DEBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSO NET.COM.PB

Código NET  
9077013314867  
CPF/CNPJ  
046.502.754-74

Vencimento  
25/09/2017  
Forma de Pagamento  
BOLETO BANCÁRIO

Valor  
194,64

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                                      |
|--------------------|--------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ |
| DATA DE NASCIMENTO | 17/04/92                             |
| NOME DA MÃE        | SEVERINA TARGINO DA SILVA PEREIRA    |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                         |                                    |
|------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 995.291                 | <b>COMPREV</b>                     |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 20/04/17                | COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 17:16                   | 12 JAN. 2018                       |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | <b>PROTOCOLO</b>                   |
| DIAGNÓSTICO (S)        | POLITRAUMATISMO         | <b>AG. JOÃO PESSOA</b>             |
| CID 10                 | T06.8                   |                                    |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com abrasões em região glútea esquerda, trauma em região lombar esquerda. Trauma em MSE. Abdome sem queixas. Glasgow 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de cotovelo esquerdo  
RX de braço esquerdo  
RX de antebraço esquerdo  
TC de coluna lombo-sacra

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR: 20/04/17  
DATA DA EMISSÃO: 30/11/17

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTU

100005501890 BE. 995291  
RITA DE CÁSSIA PEREIRA SILVA OJE  
DT. NASC.: 17/04/1992  
MÃE: SEVERINA TARGINO DA SILVA PEREIRA  
END.: OCUPACIONISTA NÁPOLEÃO DA SILVA  
N.º 407 - CRISTO REDENTOR  
INDICAR PESSOA  
FONE. ( )  
CELULAR: (11) 91161106  
IDRDE: 25  
DT. ENTRADA

NOME DO PACIENTE:

|                                 |                                              |                                                            |                                                          |                                                            |                                        |                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| PROCEDÊNCIA:                    | <input type="checkbox"/> Domicílio           | <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate             | <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU                 |                                                            |                                        |                                        |
| TIPO DE ACIDENTE:               | <input type="checkbox"/> Moto                | <input type="checkbox"/> Automóvel                         | <input type="checkbox"/> Ônibus                          | <input type="checkbox"/> Bicicleta                         | <input type="checkbox"/> Atropelamento |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Envenenamento       | <input type="checkbox"/> Incêndio                          | <input type="checkbox"/> Explosão                        | <input type="checkbox"/> Arma de Fogo                      | <input type="checkbox"/> Arma branca   | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| TIPO DE LESÃO:                  | <input type="checkbox"/> Fratura fechada     | <input type="checkbox"/> Ferimento aberto                  | <input type="checkbox"/> Esmagamento                     | <input type="checkbox"/> Laceração                         | <input type="checkbox"/> Queimadura    |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Mordedura           | <input type="checkbox"/> Objeto encaixado                  | <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo              | <input type="checkbox"/> Amputação membro                  | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |                                        |
| LOCAL DA LESÃO:                 | <input type="checkbox"/> Membros sup.        | <input type="checkbox"/> Membros inf.                      | <input type="checkbox"/> Tronco                          | <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço                  | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |                                        |
| DADOS CLÍNICOS (sintomas)       |                                              |                                                            |                                                          |                                                            |                                        |                                        |
| DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:    | / /                                          |                                                            |                                                          |                                                            |                                        |                                        |
| EXAME FÍSICO                    | PA: ____ / ____ mmHg                         | P: ____ bpm                                                | SpO2: ____                                               | Tax: ____                                                  |                                        |                                        |
| Sistema Neurológico:            |                                              |                                                            |                                                          |                                                            |                                        |                                        |
| Nível de Consciência:           | <input type="checkbox"/> Consciente          | <input type="checkbox"/> Inconsciente                      | <input type="checkbox"/> Orientado                       | <input type="checkbox"/> Desorientado                      |                                        |                                        |
| Avaliação das pupilas:          | <input type="checkbox"/> Isocóricas          | <input type="checkbox"/> Midríase                          | <input type="checkbox"/> Anisocóricas                    | <input type="checkbox"/> Miose                             |                                        |                                        |
| Sistema Respiratório:           | <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea             | <input type="checkbox"/> Vias aéreas pervias             | <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas |                                        |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Traqueostomia       | <input type="checkbox"/> Respiração rápida                 | <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas | <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas   |                                        |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa  | <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo | <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas | <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas   |                                        |                                        |
| Sistema Circulatório:           | <input type="checkbox"/> Pulso ausente       | <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida                 | <input type="checkbox"/> Perfusão tissular satisfatória  | <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida    |                                        |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Taquicardia         | <input type="checkbox"/> Bradicardia                       | <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida  | <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida    |                                        |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Palidez             | <input type="checkbox"/> Outros: _____                     | <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida  | <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida    |                                        |                                        |
| Sistema Digestório:             | <input type="checkbox"/> HDA                 | <input type="checkbox"/> Uso de SNG                        | <input type="checkbox"/> Vômitos                         | <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial        |                                        |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> HDB                 | <input type="checkbox"/> Uso de SNG                        | <input type="checkbox"/> Corpo estranho                  | <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda           |                                        |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Outros: _____       | <input type="checkbox"/> Uso de SNG                        | <input type="checkbox"/> Rigidez abdominal               | <input type="checkbox"/> Distensão abdominal               |                                        |                                        |
| Sistema Genito-urinário:        | <input type="checkbox"/> Disúria             | <input type="checkbox"/> Hematúria                         | <input type="checkbox"/> Oligúria                        | <input type="checkbox"/> Poliúria                          | <input type="checkbox"/> SVD           |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Disúria             | <input type="checkbox"/> Hematúria                         | <input type="checkbox"/> Oligúria                        | <input type="checkbox"/> Poliúria                          | <input type="checkbox"/> SVD           |                                        |
| HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:  | <input type="checkbox"/> Hipertensão         | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Câncer                          | <input type="checkbox"/> Alergias                          | <input type="checkbox"/> Cirurgias     |                                        |
|                                 | <input type="checkbox"/> Internações         | <input type="checkbox"/> Outros: _____                     | <input type="checkbox"/> Hipertensão                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Câncer        |                                        |
| USO DE MEDICAÇÃO?               | <input type="checkbox"/> Sim                 | <input type="checkbox"/> Não                               | <input type="checkbox"/> Hipertensão                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Câncer        |                                        |
| HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:     |                                              |                                                            |                                                          |                                                            |                                        |                                        |
| IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?      | <input type="checkbox"/> Sim                 | <input type="checkbox"/> Não                               | <input type="checkbox"/> Hipertensão                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Câncer        |                                        |
| OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: |                                              |                                                            |                                                          |                                                            |                                        |                                        |
| 17 JAN. 2018                    |                                              |                                                            |                                                          |                                                            |                                        |                                        |
| PROTÓCOLO                       |                                              |                                                            |                                                          |                                                            |                                        |                                        |
| AG. JOÃO PESSOA                 |                                              |                                                            |                                                          |                                                            |                                        |                                        |
| DESTINO:                        | ENFERMEIRO:                                  |                                                            |                                                          |                                                            | COREN:                                 |                                        |



VERDE, 1 -  
CNES: 2778696 - Tel.:

|                                                         |                                          |                                                    |                                             |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Paciente<br><b>RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ</b> | BAE<br><b>995291</b>                     | Data/Hora Entrada<br><b>20/04/2017 17:16:47</b>    | Data Baixa                                  |
| Data de nascimento<br><b>17/04/1992</b>                 | Idade<br><b>25</b>                       | Sexo<br><b>Feminino</b>                            | CNS<br><b>704500313747515</b>               |
| Mãe<br><b>SEVERINA TARGINO DA SILVA PEREIRA</b>         |                                          |                                                    | Telefone de Contato<br><b>(83) 93105125</b> |
| Endereço<br><b>DESPORTISTA NAPOLEÃO DURÉ, 407</b>       | Bairro<br><b>CRISTO REDENTOR</b>         | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF<br><b>PB</b>                             |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                          | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>ALDENIO AMORIM DE LIMA</b>      | Nº Cons. Regional<br><b>5815/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>20/04/2017 17:18:56</b>   |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>20/04/2017 17:48:50</b> |                                             |

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE EM MOTOCICLETA HA APROXIMADAMENTE 01H, CAUSANDO ABRASÕES NA NÁDEGA ESQUERDA, TRAUMATISMO DA REGIÃO LOMBAR ESQUERDA E NO MSE, SEM OUTRAS LESÕES AO EXAME. CONDUTA: ANALGESIA; CURATIVOS. LIBERADA PELA CIR. GERAL COM ORIENTAÇÕES AOS CUIDADOS DA ORTOPEdia E NEUROCIRURGIA.

### MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 12/12H, (OBSERVAÇÕES: +100ML SF)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

### CUIDADOS

CURATIVO. (OBSERVAÇÕES: CURATIVO EM ABRASÕES)

### EXAME DE IMAGEM

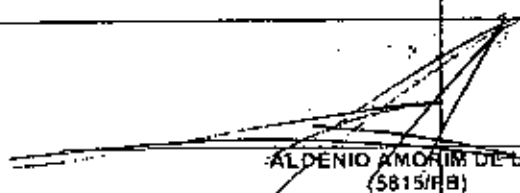
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)  
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)  
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

### CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

### Conduta

Em observação

  
ALDENIO AMORIM DE LIMA  
(5815/PB)

RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
12 JAN. 2018  
PROTOCOLADO  
A.G. JOÃO PESSOA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome

RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Data de

17/04/1992

Nº Boletim Emergência

995291

Prontuário

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA

Tipo

Coluna e Antebraço

Data

De 10/4/2017

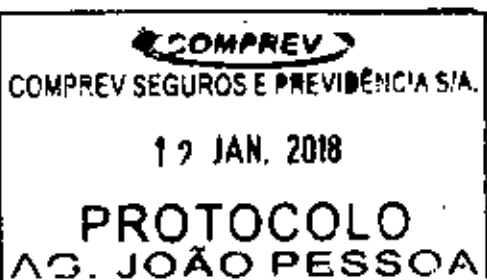
Hora

12:45

Nome Téc. Rad.

20 de Abril de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                       |                                      |  |         |            |                    |    |       |          |                     |                     |    |  |                 |                     |
|-----------------------|--------------------------------------|--|---------|------------|--------------------|----|-------|----------|---------------------|---------------------|----|--|-----------------|---------------------|
| Nome                  | RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ |  | Data de | 17/04/1992 | Idade              | 25 | Sexo  | FEMININO | Nº                  | 995291              | Nº |  | Data Prescrição | 20/04/2017 17:48:50 |
| Motivo do Atendimento | ACIDENTE DE MOTOCICLETA              |  | Solter  |            | Posito de Trabalho |    | Leilo |          | Prescrição válida a | 20/04/2017 17:48:50 |    |  |                 |                     |

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

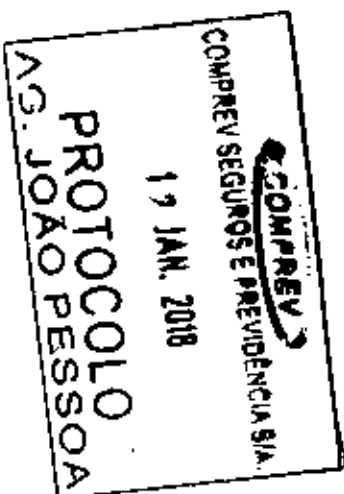
| Nome do medicamento               | Dose | U.M.   | VL | Via de | Veloc. Inf. | Posologia | Orientação de Uso                | Apazamento |
|-----------------------------------|------|--------|----|--------|-------------|-----------|----------------------------------|------------|
| 1 CETOPROFENO 100 MG              | 1.0  | FR/AMP |    | E.V.   |             | 12/12H    | Observação: +100ML SF            | 15.40      |
| 2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 1.0  | AMP    |    | E.V.   |             | 6/6H      |                                  | 16.30      |
| 3 CURATIVO                        | 0.0  |        |    |        |             |           | Observação: CURATIVO EM ABRASOES |            |

20 de Abril de 20

ALDENIO AMORIM DE LIMA

CRM: 5815

Assinatura e Carimbo do Profissional



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                       |                                      |  |         |            |                     |    |       |          |                     |        |                     |  |                 |                     |
|-----------------------|--------------------------------------|--|---------|------------|---------------------|----|-------|----------|---------------------|--------|---------------------|--|-----------------|---------------------|
| Nome                  | RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ |  | Data de | 17/04/1992 | Idade               | 25 | Sexo  | FEMININO | Nº                  | 995291 | Nº                  |  | Data Prescrição | 20/04/2017 17:48:50 |
| Motivo do Atendimento | ACIDENTE DE MOTOCICLETA              |  | Sector  |            | Posição de Trabalho |    | Leito |          | Prescrição válida a |        | 20/04/2017 17:48:50 |  |                 |                     |

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

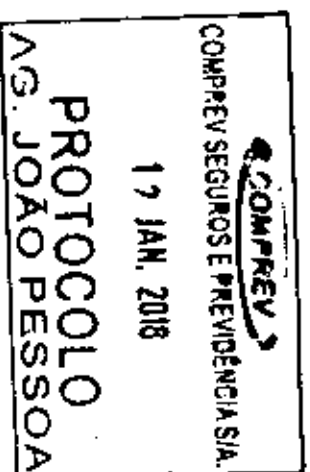
| Nome do medicamento               | Dose | U.M.  | VL | Via de | Veloc. Inf. | Posologia | Orientação de Uso                | Apazamento |
|-----------------------------------|------|-------|----|--------|-------------|-----------|----------------------------------|------------|
| 1 CETOPROFENO 100 MG              | 1.0  | FRAMP |    | E.V.   |             | 12/12H    | Observação: +100ML SF            | 14/3/20    |
| 2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 1.0  | AMP   |    | E.V.   |             | 6/6H      |                                  | 14/3/20    |
| 3 CURATIVO                        | 0.0  |       |    |        |             |           | Observação: CURATIVO EM ABRASÕES | 14/3/20    |

20 de Abril de 2017

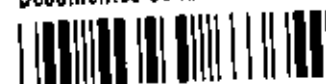
ALDENIO AMORIM DE LIMA

CRM: 5815

Assinatura e Carimbo do Profissional



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARANÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.917

*Rita de Cássia Pereira Silva Queiroz*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.772.185 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/07/2009

NOME RITA DE CÁSSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

FILIAÇÃO SEVERINO ANIZIO PEREIRA  
SEVERINA TARGINO DA SILVA PEREIRA

NATURALIDADE BANANEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 17/04/1992

DOC. ORDEM CASAM N. 3322 PLS. 13 LIV. B-08

CARTÓRIO SOLÁNEA-PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29-08-93

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Recita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
704.919.994-02

Nome  
RITA DE CÁSSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Nascimento  
17/04/1992

VALIDO JUNTAMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

17 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# RA DE IDENTIDADE RENOVADO

da Paraíba

Inscrição nº

1A438

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiado

AL EXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Município

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/08/1982

Data do Cancelamento no D.A.R.

07/12/2008

Data em Cartão de Grau

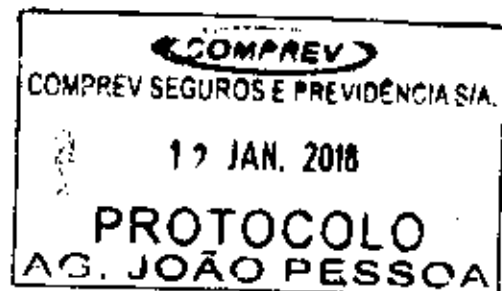
30/07/2007

Data de Exatidão

12/01/2009

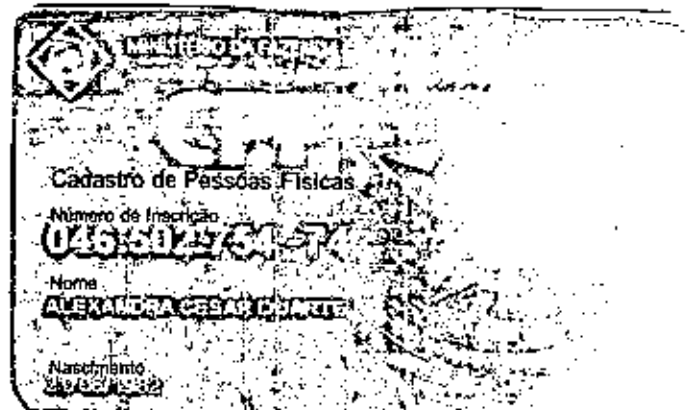
*Jose Mario Porto Junior*

JOSE MARIO PORTO JUNIOR  
 PRESIDENTE



07833220

Assinatura do Titular da Carteira



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PS Nº 013176761901  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
RUA RENAN/PRT-20170000238987-2  
1 0098069914-2 00/00000000 2017

RITA DE CASSIA PEREIRA S QUEIROZ

070491999402

MOT1256/PB

NOVO PB

9C6KE094080036269

VEICULO/NAO APLIC

GASOLINA

YAMAHA/XTZ 125K

2008 2008

2 P/124 /CI

PARTIC

AZUL

IPVA PAGO EM

00/00/0000

\*\*\*\*\*

0

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

04/07/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - RBCAL

19399

17/07/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
E CONDUTORES DE VEICULO RESTRITO POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS DENTRO DO SEGURO DPVAT

PS Nº 013176761901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO  
2017

DATA EMISSÃO  
17/07/2017

070491999402

MOT1256/PB

00980699142

YAMAHA/XTZ 125K

2008

9

9C6KE094080036269

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

04/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

OUT



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

17 JAN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DEZ-2016

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180035248 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2017 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS  
**QUEIROZ**

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO NA COLUNA LOMBAR COM FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA COLUNA VERTEBRAL, QUEIXAS DE DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO COM COLETE DE PUTTI, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. RESULTADOS INSATISFATÓRIOS, COM QUEIXAS DE DOR E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR. COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA COLUNA LOMBAR.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabela

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                         | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

