
Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190654861

Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 11/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA PIEDADE ALVES 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



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190654861

Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 11/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 11/09/2017, emitida pelo Dr. JOSE DE ALMEIDA BRAGA, CRM nº 2329 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0413540/19

3 - CPF da vítima:

066.448.434-06

4 - Nome completo da vítima:

7/ROQUE DE PIETRO ALVES DE SILVA

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

5 - Nome completo:

7/ROQUE DE PIETRO ALVES DE SILVA

6 - CPF:

066.448.434-06

7 - Profissão:

INFORMOV

8 - Endereço:

Sítio Fummaça

9 - Número:

51N

10 - Complemento:

255N

11 - Bairro:

Arce Rural

12 - Cidade:

Jacaram

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58278000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0762

CONTA: 56231

4

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Jacaram PB 25-11-2019

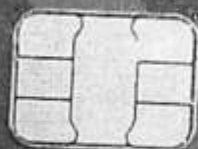
X Inácia da Piedade Alves de Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 9367 7186

5067

VÁLIDO ATÉ
03/24

MARIA PIEDADE ALVES SILVA

0762 013 00056231-4

elo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 640/2019



Aos 19 dias de novembro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 14h:35min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA, conhecido por _____, RG nº 3.441.094-SSP/PB, CPF nº 066.448.414-06, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Jasé Alves Neto e Maria dos Santos Alves, natural de Nova Cruz/RN, nascido(a) em 09/04/1987, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Riachão, S/Nº, nº _____, bairro: _____ - Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: vizinho a LUIZ MORENO, fone(s) para contato: (83) 98731-2588.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 11 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 16h:0min;
- 4) LOCAL: em uma estrada de areia do Sítio Riachão nº _____, bairro _____ - Pedro Régis/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

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

HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo: 2011, cor vermelha, NIV: 9C2KD0550BR009441, placa: NNQ-7063/RN, licenciada em nome de DANIEL PEDRO DA SILVA.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOVE.

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE a notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, quando colidiu contra um animal (cachorro) que abruptamente atravessava a estrada; QUE em seguida foi socorrida para o hospital de Traumas de João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Maria da Piedade Alves da Silva

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0413540189 3 - CPF da vítima: 066.448.434-06 4 - Nome completo da vítima: Therese de Fátima Alves de Silva

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

5 - Nome completo: Therese de Fátima Alves de Silva 6 - CPF: 066.448.434-06
7 - Profissão: INFORMAL 8 - Endereço: Sítio Fontoura 9 - Número: 51N 10 - Complemento: 255N
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Jacareu 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58278000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0762 CONTA: 56231 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jacareu PB 25-11-2019

Therese de Fátima Alves de Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA
SIT FORMOSA S/N - AREA RURAL
JACARA/PB CEP 58279-000 (AG 14)

Ligação MONOFÁSICO
Cl/Std: RUR MTC B27 RURAL - RURAL RESIDENCIAL
Roteiro 4-26-557-1980 Referência Nov / 2019
Medidor: 00008468722 Emissão: 07/11/2019

 **energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B/230, Km 25 - Canto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53071-080
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Insc. Est: 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 003 835 022
Cód. para Débito Automático: 00016691523

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

Conta referente a

Nov / 2019

Apresentação

07/11/2019

Data prevista da
próxima leitura

09/12/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

066.448.414-06

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1569952-3

Canal de contato

Será muito grave e pode matar. Fique atento ao calendário de
vacinação e se previna.



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	MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	09/04/87
NOME DA MÃE	MARIA DOS SANTOS ALVES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.026.824
DATA DO ATENDIMENTO	11/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	23:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo luxação de joelho esquerdo. Torax e abdomen sem queixas. Sem outras queixas.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de joelho esquerdo
Ultrassonografia - FAST

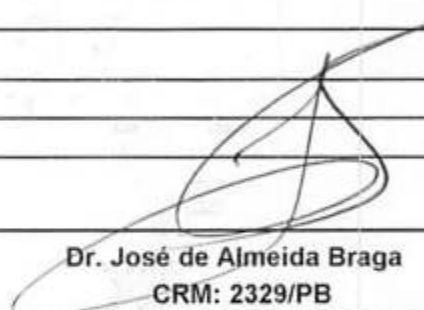
RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Clínico.

ALTA HOSPITALAR:	11/09/17
DATA DA EMISSÃO:	05/11/19


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



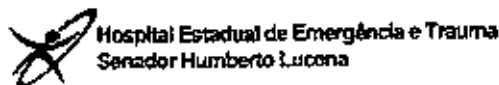
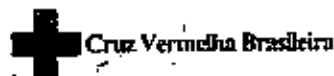
AV. ORESTES LISBOA, 9m - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1026824



Identificação do paciente						
ID 1209404	Nome MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA		Sexo Feminino			
Data de nascimento 09/04/1987	Idade 30 anos 5 meses 2 dias	Estado civil	Religião Prontuário			
Mão MARIA DOS SANTOS ALVES			Pai JASE ALVES NETO			
Escolaridade		Responsável (Parentesco) MARGARIDA - (RMADXA)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986289214	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3441084	Nº Cns 700800412694982				
Local de procedência JACARAU		Tipo MUNICIPIO	UF PB			
E-mail	Naturalidade NOVA CRUZ	CBOIR				
Endereço						
CEP 56270972	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro FORMOSA, S/N			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 11/09/2017 23:16:56	Número da pulseira 1000006058356		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica				
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter da atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ x _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						Tempo 53seg

Importation



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA	BAE 1026824	Data/Hora Entrada 11/09/2017 23:16:55	Data Baixa
Data de nascimento 09/04/1987	Idade 30	Sexo Feminino	CNS 700600412684982
Mão MARIA DOS SANTOS ALVES			Telefone de Contato (83) 986289214
Endereço FORMOSA, S/N, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município JACARAU	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO	UF PB
Data/Hora Classificação 11/09/2017 23:28:14		Nº Cons. Regional 9298/	
		Data/Hora Prescrição 11/09/2017 23:34:00	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HOJE. NEGA USO DE CAPACETE. NEGA TCE. NEGA VOMITO, DESMAIO, CEFALIA, CERVICALGIA. REFERE LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. ABDOME E TORAX LIVRES ECG15

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Dituir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

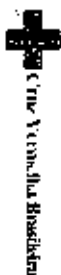
Conduta

Em observação

Dr. Adalberto Vieira Dias Filho
Médico
CRM - PB 9298

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO
(9298/)

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Secretaria de Saúde
Secretaria de Saúde



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA	Data de	09/04/1987	Idade	30	Sexo	FEMININO	Nº	1026824	Nº		Data Prescrição	11/09/2017 23:34:00
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	11/09/2017 23:34:00				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Via	Via de	Velocidade	Posologia	Orientação de Uso	Apresentação
1. DIFERONAL 500 MG/ML (ABBOTTA ZML)	4.0	ML						
Diluir em	10.0	ML						
2. PARACETOL	0.0							

11 de Setembro de 2017

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO

CRM: 9298

Dr. Adalberto Vieira O Filho

MEDICO

CRM: 9298

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000773374

Idade: 30 anos

Paciente: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Data: 11/09/2017

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional em equipamento dinâmico com transdutor convexo na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Exame realizado em caráter de urgência em paciente em vítima de trauma evidencia:

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal ou de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de sinais de lesões relacionadas ao trauma no fígado, vesícula biliar, baço, rins e bexiga detectáveis ao método.

Pâncreas e estruturas do retroperitônio de avaliação prejudicada devido a intensa interposição gasosa intestinal.

OBS.: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões definitivas em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios seguros para indicação de alta hospitalar, baseando-se apenas no seu resultado negativo.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com ultrassonografia - FAST negativa, devem permanecer em observação intra-hospitalar.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico*

Este laudo foi liberado em 11/09/2017 23:52.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

006-P-900

V-02

Maria da Piedade Alves da Silva




CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.441.094 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO

06/05/2014

NOME

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO

JASÉ ALVES NETO

MARIA DOS SANTOS ALVES

NATURALIDADE

NOVA CRUZ-RN

DATA DE NASCIMENTO

09/04/1987

DOC ORDEM

CASAM N.1037 FLS.124 LIV.B4

CPF CARTORIO JACARAÚ-PB

066.448.414-08

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 014527541710

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00325400210 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
JOSE PEREIRA DE OLIVEIRA FILHO

CPF / CNPJ
720.928.314-53

PLACA
NNQ7063

PLACA ANT. / UF
NNQ7063 / RN

CHASSI
9C2KD0550BR009441

ESPECIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTIVEL
ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.
2011

ANO MOD.
2011

CAP. / POT. / CIL.
OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

I P V A	COTA UNICA R\$ 0.00	VENC. COTA UNICA 11/04/2019	VENC. / COTAS 1º PAGO
	FAIXA I.R.V.A. 014910-3X	PARCELAMENTO / COTAS R\$ 23.44	2º PAGO
			3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KD05E5B009441 DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

NATAL/RN

457
Carla Silvestre da Silva
Coordenadora de Registro de Veículos
DETRAN-RN

DATA
17/04/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190654861 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG.1 LAUDO MÉDICO DR JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRMPB 2329 DATA:11/09/2017.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190654861 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG.1 LAUDO MÉDICO DR JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRMPB 2329 DATA:11/09/2017.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413540/19

Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

CPF: 066.448.414-06

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 11/09/2017

Titular do CPF: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA : 066.448.414-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA
CPF: 066.448.414-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA