
Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200223044

Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200223044

Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

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 29/01/2020, emitida pelo Dr. GLENDER T. G. G. DA TRINDADE, CRM nº 3920 - PB, da Instituição UPA, 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) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 108.769.654-27 Nome completo da vítima: Janka Emmily Mixanda de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÃO DO SINISTRO E DO RENDIMENTO DA PESSOA(S) VÍTIMA(BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPLEN. 1745/2012

Nome completo: Janka Emmily Mixanda de Andrade CPF: 108.769.654-27
Profissão: Recusou-se Endereço: Avenida dos Bordeirantes Número: 244 Complemento: Apto 301
Bairro: Tamboril Cidade: Jaboatão Estado: PB CEP: 56020-600
E-mail: cc3-odoo@gmail.com Tel.(DDD): 83-988495530

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL: ☒ RECLUSO 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 (ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 477240 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Local e Data: Jaboatão - PB, 22/06/2020

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Janka Emmily Mixanda de Andrade

Assinatura do Representante Legal (se houver): Adilson Luiz de Queiroz

Assinatura do Procurador (se houver): Antônio Neto

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 035952.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 035952.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:52 min do dia 18/06/2020, na Delegacia Online, **IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão DOMÉSTICA, nascido(a) em 21/05/1996, idade 24, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de ROSELIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE e JOSIEL SOARES DE ANDRADE, CPF 108.769.654-27, residente e domiciliado(a) no(a) AVENIDA DOS BANDEIRANTES, nº 214, bairro TAMBIA, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58020860, telefone(s) 83988495530, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 21/05/2020 14:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: **EM FRENTE AO CONDOMÍNIO RESIDENCIAL REIS MAGOS, NAS PROXIMIDADES DO PARQUE PARAHYBA, JARDIM OCEANIA, João Pessoa/PB.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE AFIRMA QUE NO DIA 29/01/2020 POR VOLTA DAS 14:30H QUANDO TRAFEGAVA A PÉ, EM FRENTE AO CONDOMÍNIO RESIDENCIAL REIS MAGOS, NAS PROXIMIDADES DO PARQUE PARAHYBA, NO BAIRRO JARDIM OCEANIA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA FOI ATROPELADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE SE EVADIU DO LOCAL E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, FOI LANÇADA AO SOLO DESACORDADA, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE TEVE OS SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 15:27H E SIDO DIAGNOSTICADA COM DIVERSAS LESÕES.

Ianka Emmily Miranda de Andrade

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

Ianka Emily Miranda de Jesus
IANKA EMMILY MIRANDA DE

39F14D33536238D4574D235FC6DB8880

Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 108.769.654-27 Nome completo da vítima: Janka Emmily Mixanda de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÃO DO SINISTRO E DO RENDIMENTO DA PESSOA(S) VÍTIMA(BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUP. 1745/2012

Nome completo: Janka Emmily Mixanda de Andrade CPF: 108.769.654-27

Profissão: Recusou-se Endereço: Avenida dos Bordeirantes Número: 244 Complemento: Apto 301

Bairro: Tamborá Cidade: Jato Rico Estado: PB CEP: 58020-600

E-mail: cc.f.ochs@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849.5530

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL: ☒ RECLUSO 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 (ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 477240 (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Local e Data: Jato Rico - PB, 22/06/2020

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Janka Emmily Mixanda de Andrade

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 045.662.393



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.833-0

DADOS DO CLIENTE

NEILIANE NEVES DE OLIVEIRA
AV DOS BANDEIRANTES 214 AP 301
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1189509-1

REFERÊNCIA

JUN/2020

APRESENTAÇÃO

10/06/2020

CONSUMO

33

VENCIMENTO

16/07/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 26,34

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 10002.706173 1 83180000002634

Pagador: NEILIANE NEVES DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 461.907.244-34

AV DOS BANDEIRANTES 214 AP 301 - TAMBIA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010002706	001189509202006	16/07/2020	R\$ 26,34	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



CAIXA

POUPANÇA



6277 8012 5399 5223

LANKA EMMILY M ANDRADE

0041 013 00477240-2 08/21

elo

DEBITO

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Oliveira Bastos inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonka Emuly Muxanda de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.769.654 / 27, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Jonka Emuly Muxanda de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.769.654 / 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Avenida Lorena</u>		Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
				CEP	<u>58013-430</u>
Email	<u>adilsonb@netmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	
				Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>

João Pessoa, 22 de Junho de 2020
Local e Data

Adilson Luiz de Oliveira Bastos
Assinatura do Declarante



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1219573



Identificação do paciente

D 1480692	Nome IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE		Sexo Feminino	
Data de nascimento 11/05/1996	Idade 23 anos 8 meses 8 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe ROSELIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE	Pai JESIEL SOARES DE ANDRADE			
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)		
DDD Celular 33	Celular 999999999	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3970411	Nº Cns		
Local de procedência 3FSSA	Tipo BAIRRO		UF PB	
Endereço	Naturalidade POCINHOS	CBO/R		

Endereço

CEP 58020660	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANDEIRANTES - ATÉ 99999 - LADO ESQUERDO
Número 214	Complemento	Bairro TAMBIÁ	

Admissão

Data e Hora 19/01/2020 15:27:17	Número da pulseira 1000006816703	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE

Intervenções e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Veio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou CONDUTOR DO RESGATE DOS BOMBEIROS	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	Tempo 01min 50seg



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Unidade - LUMBERTO LUIZ



Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE	BAE 1219573	Data/Hora Entrada 29/01/2020 15:27:17	Data Baixa 2020-01-29 19:16:45.0
Data de nascimento 21/05/1996	Idade 23a 8m 8d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 99999999
Mãe ROSELIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE			Prontuario
Endereço BANDEIRANTES - ATÉ 99999 - LADO ESQUERDO, 214	Bairro TAMBIÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 29/01/2020 15:27:17		Data/Hora Prescrição 29/01/2020 19:16:49	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADA, APRESENTANDO CEFALÉIA, CERVICALGIA COM PERDA DE CONSCIÊNCIA + DOR EM OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DOR EM BACIA E COLUNA LOMBO-SACRA + ESCORIAÇÃO. NÃO É VACINADA CONTRA O TETANO. TORAX E ABDOMEN SEM QUEIXAS CONDUTA: TC DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL + RX DE OMBRO E PA P + RX DE BACIA AP + RX DE COLUNA LOMBO-SACRA PA P + TETANOGAMA 250 UI IM+ ORIENTAÇÃO DE VACINAÇÃO ANTITETANICA + PARECER DA NEURO, ORTOPEdia E ALTA DA CIRURGIA GERAL

(29/01/2020 15:47:46-MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO)

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO DOR EM BACIA, RELATA DESMAIO, NEGA VÔMITOS AO EXAME: EGR, ADM LIMITADA, NEUROVASCULAR OK RADIOGRAFIA SOBRE A PRANCHA. CD- SOLICITO NOVOS EXAMES SEM A PRANCHA

(29/01/2020 18:49:30-JANZEN HEINRIQUES CEZARINHO)

Neurocirurgia ## Avalio paciente vitima de capotamento com perda de consciencia, sem vômitos. Ao exame: ECG 15, pupilas isócoras sem déficit focal. TC Cranio e coluna sem afecções neurocirurgicas de urgencia. Cd: Oriento sinais de alarme. Alta da Neurocirurgia

(29/01/2020 18:32:32-FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS)

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM DOR NA COLUNA LOMBO SACRA RADIOGRAFIA DE BACIA E TORAX: SEM SINAIS DE FRATURA CONDUTA 1- ANALGESIA 2- ALTA DA ORTOPEdia 3- ATESTO 05 DIAS 4- AOS CUIDADOS DA NEUROCIURURGIA

(29/01/2020 19:10:08-LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE BACIA. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP -SEM PRANCHA)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL). (INDICAÇÕES CLÍNICAS: SEM PRANCHA)

CID10

R52.0 - Dor aguda
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário
LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
29/01/2020 19:16:45
Observações

Dr. Luiz Juvencio
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8637 / REOT 19022



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE	BAE 1219573	Data/Hora Entrada 29/01/2020 15:27:17	Data Baixa
Data de nascimento 21/05/1996	Idade 23a 8m 8d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 99999999
Mãe JESIEL SOARES DE ANDRADE			Prontuário
Endereço BANDEIRANTES - ATÉ 99999 - LADO ESQUERDO, 214	Bairro TAMBIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	Nº Cons. Regional 2882/PB
Data/Hora Classificação 29/01/2020 15:27:17		Data/Hora Prescrição 29/01/2020 15:47:46	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO. CONSCIENTE, ORIENTADA, APRESENTANDO CEFALÉIA, CERVICALGIA COM PERDA DE CONSCIÊNCIA + DOR EM OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DOR EM BACIA E COLUNA LOMBO-SACRA + ESCORIAÇÃO NÃO É VACINADA CONTRA O TETANO, TORAX E ABDOMEN SEM QUEIXAS CONDUTA: TC DE CRÂNIO E COLUNA VERTEBRAL + RX DE OMBRO E PA.P + RX DE BACIA AP + RX DE COLUNA LOMBO-SACRA PA P + TETANOGAMA 250 UI IM+ ORIENTAÇÃO DE VACINAÇÃO ANTITETANICA + PARECER DA NEURO, ORTOPEDIA E ALTA DA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/01/2020 15:29:07

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 588998

Nome IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE		
Data de Nascimento 21/05/1996	Nº Boleim Emergencia 1219573	Prontuario
Material a examinar		

Data Prescrição:
29/01/2020 15:47:46

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

CRANIO + CERVICAL

29 / 01 / 2020

16:10

Wosley



Requisito por
da:



Nº: 589013

Dr. Jansen Hédiques
N°1, Courbevoie & rue de la
Liberté - 92000 Nanterre

OBS: autorizado retirada
de prancha por Dr. Leonardo



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 129573

PACIENTE: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

DATA DE NASCIMENTO: 21.05.96

Data e Hora do Atendimento: 29.01.20

Horário: 15:27h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento apresentando quadro de cefaleia, cervicalgia, dor e limitação de movimentos no ombro esquerdo, dor na bacia e coluna lombosacra. Atendido pelo Dr. Marcos Antônio Cavalcante Furtado CRM 2882, Dr. Jansen Henriques CRM 11385, Dr. Fernando Gondim Vasconcelos CRM 8267.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO

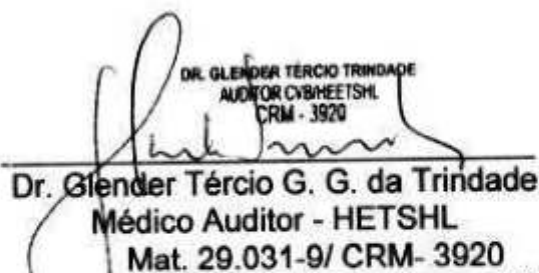
CID 10 T 14 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada de crânio, Rx da coluna cervical sem contraste, Rx da coluna lombosacra, Rx da bacia AP e Perfil, Rx do ombro esquerdo AP e Perfil e tratamento clínico conservador.

ALTA HOSPITALAR: 29.01.20 às 19:16h.

Data da Emissão: 25.05.20


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HEETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

REGISTRO

22742

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FUNÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

RG
3.148.827 - SSP/PB

DATA DE EXPIRAÇÃO DA
01/07/2018

NÃO

PAULO ANTONIO MORAES SILVA
PRESIDENTE

IE

SECRE



Lenka Gomes
ASSINATURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1968 DA MONTA EDO 1967

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

3.970.411

08/06/2011

NOME

LANKA EMILY MIRANDA DE ANDRADE

FILIAÇÃO

JESSEIA SOARES DE ANDRADE
E OSÉLIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

POCINHOS-PB
DOC ORIGEM

21/05/1996

NASC. N. 15060 FLS. 215 LIV. A15
CARTÓRIO POCINHOS-PB

108.769.634-27

ASSINATURA DO DIRETOR

E. N° 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

108.769.654-27

Nome

IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

Nascimento

21/05/1996



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200223044 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE **Data do acidente:** 29/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: CONTUSÃO CEREBRAL.
TRAUMA CONTUSO DE OMBRO ESQUERDO, COLUNA E QUADRIL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PG. 6

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:

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Joska Emuly mixanda de Andrade
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Doméstica Nº DO RG: 3970.444
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB DATA DE EMISSÃO: 08/06/11
Nº DO CPF: 108.769.654-27 ENDEREÇO: Avenida dos Bandeirantes, nº 214, Apto 303, Bairro Tomba, João Pessoa - PB, CEP 58020-660

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Joska Emuly mixanda de Andrade, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 22 de Junho de 2020.

➔ Joska Emuly mixanda de Andrade
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172770/20

Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

CPF: 108.769.654-27

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 29/01/2020

Titular do CPF: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE : 108.769.654-27

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: 23/06/2020
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO