

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000008219199-0

Nr. da Autenticação 9E6CB37EF2D82CCD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210162213 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tibia esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 35°, presença de atrofas no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Apresenta claudicação da marcha, hipotrofia da perna esquerda, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/06/2021

Conduta mantida:

Observações: Data e local do exame: 24/06/2021 - João Pessoa/PB

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210162213 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMD

Resultados terapêuticos: 500

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**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

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210162213

Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

Data do Acidente: 29/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 07 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210162213

Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

Data do Acidente: 29/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANA PAULA FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000008219199-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 002999.1/21 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: **RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: **RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA** 6 - CPF: 058.452.934-33
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA REINALDO DOS SANTOS** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **TRINCHEIRAS** 12 - Cidade: **JOÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58011-315**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **(83) 988056654**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: **ANA PAULA FERREIRA DA SILVA**
18 - CPF do Representante Legal: **058.452.934-13** 19 - Profissão do Representante Legal: **RECUSO**

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 POUANÇA (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: **NU PAGAMENTOS S/A**

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

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☒ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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(nal/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 devido, 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

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, **JOÃO PESSOA, 03/06/2021**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarant): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Ana Paula Ferreira da Silva

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 002999.1/21 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: **RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: **RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA** 6 - CPF: 058.452.934-13
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA REINALDO DOS SANTOS** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **TRINCHEIRAS** 12 - Cidade: **JOÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58011-315**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **(83) 988056654**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: **ANA PAULA FERREIRA DA SILVA**
18 - CPF do Representante Legal: **058.452.934-13** 19 - Profissão do Representante Legal: **RECUSO**

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **NU PAGAMENTOS S/A**

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☒ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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(nal nascida)? ☐ 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 devido, 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

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, **JOÃO PESSOA, 03/06/2021**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarant): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

Ana Paula Ferreira da Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00288.01.2021.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00288.01.2021.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:58 horas do dia 30 de março de 2021, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Aldrovilli Grisi Dantas, matrícula 1684761, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu Ana Paula Ferreira da Silva, conhecido(a) por Paula, CPF nº 058.452.934-13, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Irinete Francisca da Silva e Manoel Ferreira da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 23/10/1983 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Reinaldo dos Santos, Nº S/N, complemento CASA, bairro Trincadeiras, tendo como ponto de referência Próximo da Antena da Embratel e do Distrito Mecânico, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Vicinal, nº S/N, Via Pública, Próximo da Escola Santa Teresinha, Pedras de Fogo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 29/11/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo NXR 160 BROS ESDD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2014/2015, UF: PB, placa OFH-3743, chassi 9C2KD0810FR401419, renavam 0104160048-5, características gerais: Veículo Em Nome de Vital Freire e Demais Dados No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA A DECLARANTE QUE QUANDO A SUA FILHA MENOR DE IDADE DE NOME "RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA", NASCIDA EM 19/05/2007, COM 13 ANOS DE IDADE, ESTUDANTE, COM CERTIDÃO DE Nº. 40.567.095, NATURAL DE CAMPINA GRANDE/PB, ESTAVA DE CARONA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UMA ACIDENTE APÓS O CONDUTOR DO VEÍCULO PERDER O CONTROLE DO SEU VEÍCULO, VINDO AMBOS A COLIDIREM COM UM MURO E SE MACHUCAREM SÉRIAMENTE, SENDO QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITI (TRAUMINHA) NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DERAM ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTE DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, E COMO A DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA ESTADO.

Sendo o que havia a constar, cientificando(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

Procedimento Policial: 00288.01.2021.1.05.101

**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍSA



GOVERNO DA PARAIBA

Amphiprion aeneus (de Blinné & Gagnon)

1 de mayo de 2021

ANA PAULA FERREIRA DA SILVA
NOME COMPLETO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 002999.1/21 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA 6 - CPF: 058.452.934-33
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA REINALDO DOS SANTOS 9 - Número: S/N 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: TRINCHEIRAS 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-315
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (83) 988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA 18 - CPF do Representante Legal: 058.452.934-13 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S/A

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☒ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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(nal/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 devido, 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

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, JOÃO PESSOA, 03/06/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarant): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

Ana Paula Ferreira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO APLAUSADO

TESTEMUNHAS

REPÚBLICA DO BRASIL

SECRETARIA DE SAÚDE
 Ministério da Saúde
 Centro de Registro de Nascimento
 01-93
 Mariana Marques Costa - Titular
 Substituta

REGISTRADORES

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que as fls. 36 verso, sob o nº 23156, do livro nº 01 de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

*** RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA ***

de sexo feminino, ocorrido MATERNIDADE CLIM. NESTA CAPITAL CONFORME DNU Nº40567095, no dia dezanove de maio de dois mil e sete, às 16:55 horas.

A registranda é filha

de IRAPUAN DE LUCENA MAIA
 natural de CAMPINA GRANDE - PB
 e de ANA PAULA DA SILVA MAIA
 natural de SANTA TEREZINHA - B

sendo avós

paternos JOZO DE SOUSA MAIA
 e MARIA IOLANDA DE LUCENA MAIA
 e maternos MANOEL FERREIRA DA SILVA
 e IRINETE FRANCISCA DA SILVA

OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 21 de maio de 2007.

O referido é verdade e dou fe.

João Pessoa, 21 de maio de 2007

Vanessa Velez dos Santos

Vanessa Velez dos Santos
 Escrevente Compromissada
 "CARTÓRIO NARCISUS COSTA"

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.
Bônus para simples pagamento da nota.
Fiscal/conta de energia elétrica: N° 081.752.381

DADOS DO CLIENTE:

MAYARA H*** C*******

RUA REINALDO DO SANTO 5º Bº 01 A 201 58011-111
JOÃO PESSOA

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 730, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-880
CNPJ: 06.965.163 / 0001-40 Insc. Est. 19.815.823-0



N° DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
54990850-8

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
ABR/2021



APRESENTAÇÃO
07/04/2021



CONSUMO
161 kWh



VENCIMENTO
14/04/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 102,75

BANCO DO BRASIL S.A.		001-8	00199.00009 03288.928007 20181.817171 4 3596000010275	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S.A.				VENCIMENTO 14/04/2021
DADOS DO CLIENTE ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 54071-880				NOME DO CLIENTE MAYARA H***** C*****
DATA DO DOCUMENTO 07/04/2021	N° DO DOCUMENTO 000890000-2021-04-4	ESPECIE DO DOCUMENTO 05	ACQUISICIONANTE N	DATA DO PROCESSAMENTO 07/04/2021
CATEGORIA 17	ESPECIE R\$	QUANTIDADE	VALOR 102,75	
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.				FORMAS DE PAGAMENTO [X] À VISTA [] À DATA [] À DATA [] À DATA
PAGADOR MAYARA H***** C***** RUA REINALDO DO SANTO 5º Bº 01 A 201 58011-111 JOÃO PESSOA (AQ: 1)				COD. DE BARRAS

Ganhe mais facilidade pagando com o PIX Use seu app de pagamento favorito, escolha "Pagar com o PIX" e leia o código abaixo:



Quer facilidade?
Abra sua conta Voltz - Energisa e tenha vantagens exclusivas!
Entenda melhor em contavoltz.com/pt



Fls. 1 de 1
Fls. 1 de 1

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.
Bônus para simples pagamento da nota.
Fiscal/conta de energia elétrica: N° 081.752.381

DADOS DO CLIENTE:

MAYARA H*** C*******

RUA REINALDO DO SANTO 5º Bº 01 A 201 58011***
JOÃO PESSOA

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 730, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-880
CNPJ: 08.985.163 / 0001-40 Insc. Est. 18.815.823-0



N° DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
54990850-8

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
ABR/2021



APRESENTAÇÃO
07/04/2021



CONSUMO
161 kWh



VENCIMENTO
14/04/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 102,75

BANCO DO BRASIL S.A.		001-8	00199.00009 03288.928007 20181.817171 4 3596000010275	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S.A.				VENCIMENTO 14/04/2021
DADOS DO CLIENTE ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 54071-880				NOME DO CLIENTE MAYARA H***** C*****
DATA DO DOCUMENTO 07/04/2021	N° DO DOCUMENTO 000890000-2021-04-4	ESPECIE DO DOCUMENTO 05	ACQUISICIONANTE N	DATA DO PROCESSAMENTO 07/04/2021
CATEGORIA 17	ESPECIE R\$	QUANTIDADE	VALOR 102,75	
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.				FORMAS DE PAGAMENTO [X] À VISTA [] À VISTA [] À VISTA [] À VISTA
PAGADOR MAYARA H***** C***** RUA REINALDO DO SANTO 5º Bº 01 A 201 58011*** JOÃO PESSOA (AQ: 1)				COD. DE BARRAS

Ganhe mais facilidade pagando com o PIX Use seu app de pagamento favorito, escolha "Pagar com o PIX" e leia o código abaixo:



Quer facilidade?
Abra sua conta Voltz - Energisa e tenha vantagens exclusivas!
Entenda melhor em contavoltz.com/pt



Folha de Cálculo



CERTIDÃO

Nº. 0064/2021

Atendendo solicitação de FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de ficha de atendimento nº 360693 e prontuário nº 2020.11.002696 pertencente a paciente **RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA** que foi atendida dia 29/11/2020 às 20h19min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/12/2020 com alta médica dia 02/12/2020.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de fevereiro de 2021

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMF. HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58055-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 360693 Atd: Neo Regulado
Data: 29/11/2020
Hora: 20:19:30
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANT
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

Num. de vezes atendido: 1

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

Num. Prontuario: 2020.11.002696

CMS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: 00 Fone: 9877138

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/05/2007 Id: 13 ano(s)

End.: RUA FRANCISCO DE ASSIS, 179

Bairro: MUTIRAO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

Pai: IRAPUAN DE LUCENA MAIA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Ref.: O VIZINHO - JOSE CICERO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

EC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vômito

Queixa Principal

Observacao

VITIMA DE QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESMAIO (SIC)

NEGA ALERGIA A MEDICACOES (SIC)

Historia - Exame Físico (hora do atendimento médico)

Diagnostico

Prescrição

Horario da medicação

Paciente com histórico de queda de moto a uma hora e meia - pega usa de aparelho preso TCE, nega trauma abdominal em torção
Deformidade na perna E. - Solicite radiografia
Alta com curativo
Diclofenaco 75mg/3ml, IM, 2x

MARCELO
Cirurgião
CRM 14028

* OLIVEIRA * 21:16 h *

* Paciente com de aumento de
 peso com fístula de
 parede posterior de T3
 com de e fístula
 com de e fístula
 Osg: fístula de parede de T3
 de T3 e fístula
 (Osg e de parede de)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Eventos
				Cl: <u>de</u>
				P 17:30
				<u>de</u>
				(2) <u>de</u>
				<u>de</u>
				<u>de</u>
				<u>de</u>
				<u>de</u>
				<u>de</u>
				<u>de</u>

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
 () Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

de
 Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: RUTH IAPARUA DA SILVA MORAES Data da Admissão: 29/11/2024
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____
 QPD: Enferma de 22 anos de idade (E).

HDA: _____

PT com histórico de EUSA
DE mãe, nascida em
Paraná, 17/10/20
do pai

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

Exames de A. R. N. 2020
Exames de A. R. N. 2020

Hipóteses Diagnósticas:

Diagnóstico

Conduta:

Tratamento
Tratamento
Tratamento



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Reilly Japonino</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>F</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>01/12/2020</u>	Cirurgião: <u>J. Tróvão</u>			1º Assistente: <u>D. Roberto Guly</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Ex. de enxapecamento</u> <u>(R)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mao</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>R.C. + Osteon</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Dr. João Vitorino
Ortopedia e Traumatologia
CRM 123456
R. 1234

Posição e Preparo:

① Panegyric de guerre ne mène

② kasepaku + A-t-a-paid + A-pangid do copon ungu

⑥ Ateso - 6 terf no per-o

B. Fix the error and give ©

6) Tolerant ficoso da calda fibra

Des bureaux de la Police

rodice a mamo + pivoz a jid. master jezika

Fixação do plano de referência 0,5 m. e do
barra perfil 1/8 x 2 pinos + 4 paraf. cor. branc.
e 7 es. br. branc.

(10) Fecundate by pollen from other trees

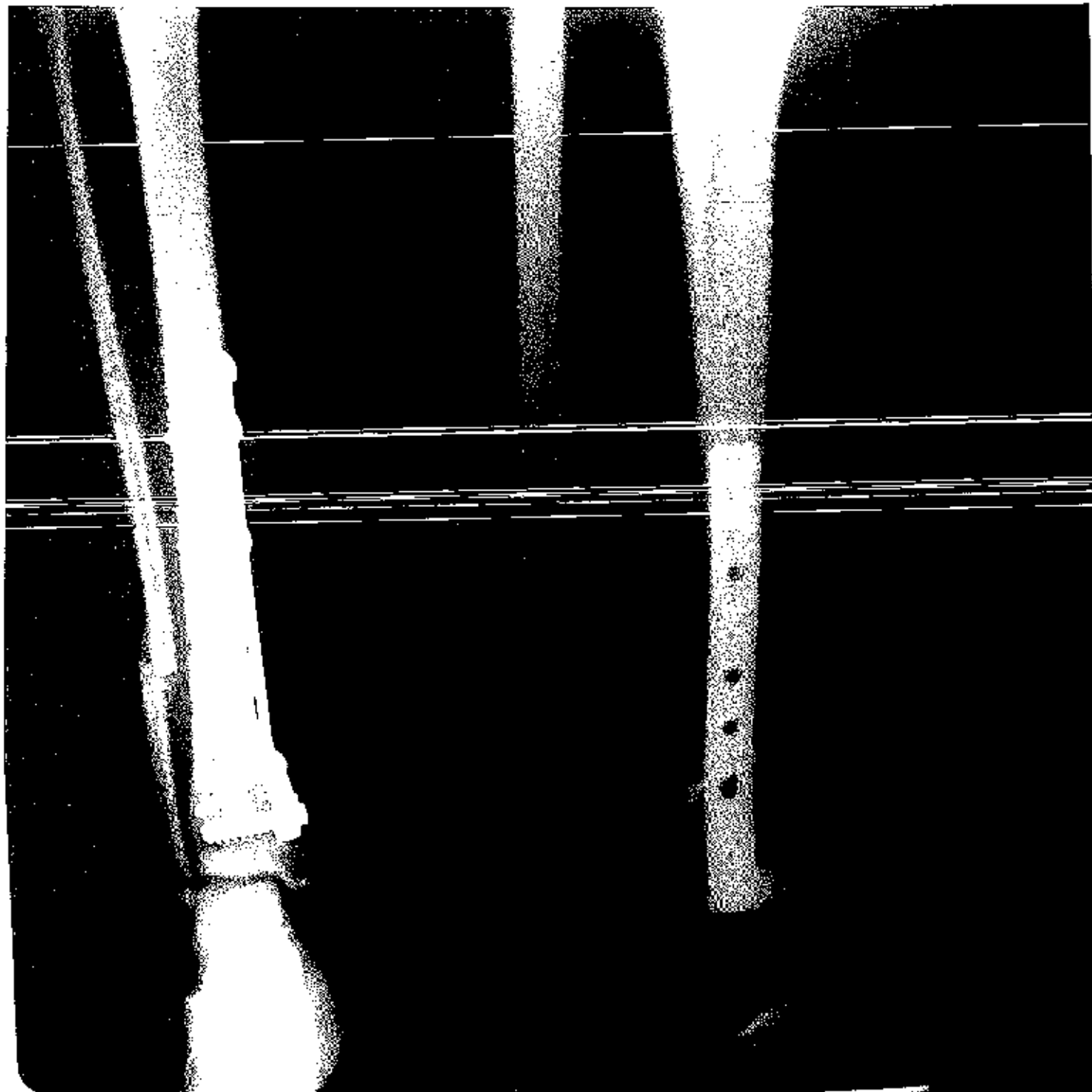
1) Rate of control

OBS:

Data: 07/12/2000

~~CONFIDENTIAL~~

MÉDICO/CRM



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.941.104 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 25/07/2013

NOME ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO MANOEL FERREIRA DA SILVA
TRINETE FRANCISCA DA SILVA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/10/1982

CPF 055.432.939-126

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DO SEGURO E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA GENTRICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
E-917

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA DO BRASIL

SECRETARIA DE SAÚDE
 Ministério da Saúde
 Centro de Registro de Nascimento
 01-93
 Mariana Marques Costa - Titular
 Substituta

REGISTRADORES

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certidão que as fls. 36 verso, sob o nº 23156, do livro nº 01 de assentamentos de nascimentos, está registrada o de

*** RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA ***

de sexo feminino, ocorrido MATERNIDADE CLIM. NESTA CAPITAL CONFORME DNU Nº40567095, no dia dezanove de maio de dois mil e sete, às 16:55 horas.

A registranda é filha

de IRAPUAN DE LUCENA MAIA
 natural de CAMPINA GRANDE - PB
 e de ANA PAULA DA SILVA MAIA
 natural de SANTA TEREZINHA - B

sendo avós

paternos JOZO DE SOUSA MAIA
 e MARIA IOLANDA DE LUCENA MAIA
 e maternos MANOEL FERREIRA DA SILVA
 e IRINETE FRANCISCA DA SILVA

OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 21 de maio de 2007.

O referido é verdade e dou fe.

João Pessoa, 21 de maio de 2007

Vanessa Velez dos Santos

Vanessa Velez dos Santos
 Escrevente Compromissada
 "CARTÓRIO NARCISUS COSTA"

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OFH3743

2020

Imprimir Consulta

	OFH3743	Último Licenciamento: 2020
		Proprietário: *****
		Placa: OFH3743
		Combustível: ALCO/GASOL
PASSA / MOTOCICLET	ALCO/GASOL	Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS
HONDA/NXR160 BROS		ESDD
ESDD	2014 2015	Especie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
		Ano de Fabricação: 2014
		Ano Modelo: 2015
	PARTICULAR PRETA	Categoria: PARTICULAR
	31/05/2021	Cor Predominante: PRETA
		Vencimento Licenciamento: 31/05/2021
		Observação:
		Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA
		Financeira: #####
		Município: JOAO PESSOA
ALIENACAO FIDUCIARIA		Situação: EM CIRCULACAO
		Data da Consulta: 04/03/2021
		Vs.2020.2
JOAO PESSOA	04/03/2021	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210162213 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 35°, presença de atrofas no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Apresenta claudicação da marcha, hipotrofia da perna esquerda, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/06/2021

Conduta mantida:

Observações: Data e local do exame: 24/06/2021 - João Pessoa/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 de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210162213 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA A ESCLARECER

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO INDEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129991/21

Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

CPF: 058.452.934-13

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 29/11/2020

CPF de: Representante

Titular do CPF: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA PAULA FERREIRA DA SILVA : 058.452.934-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA : 058.452.934-13

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: 03/06/2021
Nome: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA
CPF: 058.452.934-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210162213

Nome do(a) Examinado(a): RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Reinaldo dos Santos, 0, , João Pessoa/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/PB - IDENTIFICAÇÃO RESPONSÁVEL / 2941104

Data e local do acidente: 29/11/2020 - Pedras de Fogo/PB

Data e local do exame: 24/06/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da tíbia esquerda.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 35°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericrânio possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Apresenta claudicação da marcha, hipotrofia da perna esquerda, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do tornozelo esquerdo.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Direito - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. Eduardo de Fátima
Médico Especialista em Traumatologia
CRM 10.100/0

for Eduardo de Fátima