

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GILSON MIGUEL DO VALE**

Nº Sinistro: **3180348679**

Vitima: **GILSON MIGUEL DO VALE**

Data do Acidente: **19/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348679**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13178889



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GILSON MIGUEL DO VALE**
Nº Sinistro: **3180348679**
Vitima: **GILSON MIGUEL DO VALE**
Data do Acidente: **19/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348679**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13186959



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

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

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: **732.522.634-93** Nome completo da vítima: **GILSON MIGUEL DO VALE**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **GILSON MIGUEL DO VALE** CPF titular da conta: **732.522.634-93** Profissão: **COMERCIANTE**
Endereço: **R. MARIA DO SOCORRO DO NASCIMENTO ROCHA** Número: **33** Complemento:
Bairro: **FUNCIONÁRIAS** Cidade: **JOÃO PESSOA** Estado: **PARANÁ** CEP: **58096-246**
E-mail: **CONSULT.FLS.ADVOCADOS@GMAIL.COM** Telefone (DDD): **83 98663-0588**

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **0036** DTV: CONTA: **67714** DTV: **4**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
BANCO: Nome:
AGÊNCIA: DTV: CONTA: DTV:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 25 de julho de 2018
Local e Data

Gilson Miguel do Vale
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



6277 8015 5619 1223

6277

VÁLIDO ATÉ
06/21

GILSON MIGUEL DO VALE
0036 013 00067711-4

elo





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01383.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01383.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:39 horas do dia 24 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Gilson Miguel do Vale**, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria da Penha Pessoa do Vale e Severino Miguel do Vale, natural de Sobrado/PB, nascido(a) em 21/12/1971 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria do Socorro do Nascimento Rocha, Nº 151, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Padaria Pão de Cristo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98869-8713.

Dados do(s) Fatos:

Local: Frei Martinho, Esquina Com a Rua Francisco Manoel, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/02/18 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 19/02/2018, por volta das 18:30 horas, quando estava saindo do trabalho, no mercado central, e que segundo o notificante parou em um semáforo na rua Frei Martinho, esquina com a rua Francisco Manoel, no bairro de Jaguaribe; QUE segundo o notificante estava com um veículo: HONDA/CG 150 TITAN EX, ano e modelo: 2010 de cor vermelha, placa: MOG 6381/PB, chassi nº 9C2KC1640AR068881, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo ao parar no semáforo no endereço acima citado, momentos em que um outro veículo não sabendo identificar o mesmo, nem condutor colidiu na traseira do veículo do notificante, fazendo com que o mesmo viesse a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0945/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 13.07.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 24 de julho de 2018.


JOSÉ SAULO-ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


GILSON MIGUEL DO VALE
Notificante

COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLADO
30 JUL. 2018

Procedimento Policial: 01383.01.2018.1.00.420

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

GILSON MIGUEL DO VALE

CPF da Vítima

732.522.634-98

Data do Acidente

29/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 27 de julho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 104092 Ald: Nad Regula
Data: 20/02/2018
Hora: 00:41:23
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GILSON MIGUEL DO VALE

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.12.003684

CNS: 702800679409967 Sexo: M IDENTIDADE: 1483187 Fone: 988698713

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/12/1971 Id: 46 ano(s)

End.: RUA MARIA DO SOCORRO DO NASCIMENTO ROCHA, 151

Bairro: JOAO PAULO II Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA PENHA PESSOA DO VALE

Fai: SEVERINO MIGUEL DO VALE

Raca: PRETA Ethia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: AUTONOMO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: GILSON MIGUEL DO VALE

Tei/Doc. Responsavel: 988698713 / IDENTIDADE: 1483187

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +MOTO HJ AS

Vitima de violência por: 18:30, NO CENTRO DE JOAO PESSOA

[] Caso Policial

FATURADO

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

EC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispnéia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO RELATA
DOR NO MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Tratamento de Unico Pharam. e
Quilograma ma
ad. ...



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Orde	Medicamentos	Dose	Horario	Evacuacao
------	--------------	------	---------	-----------

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Enfermaria

☐ Desistencia ☐ UTI ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

INSS
 AG CA P SOCIAL JOAO PESSOA - BELA VISTA
 RUA BARRAO DO TRIUNFO, 307
 VARADOURO
 JOAO PESSOA - PB
 58010-400

- ☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO
☐ RECUSADO
☐ NÃO PROCURADO
☐ AUSENTE
☐ FALECIDO
☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

EM

RESPONSÁVEL

Impresso pela Dataprev

FORM CON39A



PREVIDÊNCIA SOCIAL



GILSON MIGUEL DO VALE
 MARIA DO SOCORRO DO NASCIMENTO RDC 151
 JOAO PAULO II
 JOAO PESSOA PB
 58076-246



5013196987403450000006248530230318



TIM Celular S.A.
Av. Fies. Epitácio Pessoa, 3180 - SUE
Tamboré - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.201.050/0085-99 - I.E.: 16.143.665-0
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0009-11

TIM

Página 1 de 3

R\$ 51,13

VENCIMENTO

10/07/2018

EMIÇÃO: 19/06/2018

POSTAGEM: 02/07/2018

FATURA: 3433912494

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

IMPORTANTE PARA CASSIO

Prezado cliente, excepcionalmente este mês para o vencimento 10/07 a fatura poderá ser paga até o dia 12/07, sem cobranças de juros e multa. Para os demais vencimentos o prazo de pagamento permanece inalterado. A Intelig Telecomunicações LTDA, comunica a alteração de sua Razão Social para "Tim S.A.", não alterando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

RESUMO DA SUA CONTA DE JUNHO A 18/06

Serviços TIM S.A.	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS	R\$ 49,90
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,23

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)	Ilimitada	78m54s	1	31	19/05 a 18/06	49,90
TIM Portal CONTEÚDO GOLD	-	-	1	31	19/05 a 18/06	Incluído
Total de Mensalidades						49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	03m24s	3	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	61m48s	31	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Telef. Fixos	-	00m30s	1	-	-	0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 10341

CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

ÍTEM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	RS 0,12
IMPOSTO TIM S.A.	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50	FUNTEL	RS 0,12
Procedimento - Serviços Telecom	3,00%				
Procedimento - Serviços Não Telecom	4,00%				
Procedimento - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (IN) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas ao cliente

Informações Complementares - Plano e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Inteligência Móvel Personal	
Franquia	R\$ 33,00
SVA	R\$ 14,00
Desconto(%) Franquia	R\$ 0,00
Desconto(%) SVA	R\$ 0,00

TIM

Para sua comodidade, registre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, acesse a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA
JUN/2018

DATA DE EMISSÃO
19/06/2018

DATA DE VENCIMENTO
10/07/2018

VALOR
R\$ 51,13

VIA BANCO

84600000000 - 6 51130108011 - 0 00343391249 - 4 40119257576 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Antônia Gelo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444 / 29,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilson Miguel do Vale inscrito
(a) no CPF sob o Nº 732.522.634 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima
Gilson Miguel do Vale inscrito (a) no CPF sob o Nº 732.522.634 / 91, 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>Av. Capitão João Pessoa</u>		Número <u>602</u>	Complemento <u>Sala 06</u>
Bairro <u>Jacuaribe</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58015345</u>
Email <u>consult. jur. advogado@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 4112310</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98660583</u>

João Pessoa, 25 de julho de 2018
Local e Data

Maria Antônia Gelo da Silva
Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

Nº. 0945/2018

Atendendo solicitação de **GILSON MIGUEL DO VALE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº104092 e Prontuário de Nº 2017.12.003684, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 20/02/2018 às 00H41min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em ombro esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de úmero proximal esquerdo.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araujo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

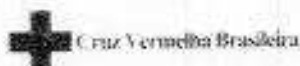
João Pessoa, 13 de Julho de 2018

Dr^a Rossana de F. A. Barbosa
Clínica Médica / Saúde da Família
Genética / Terapia Intensiva
CRM-PB 3533



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1063719



Identificação do paciente

ID 1044340	Nome GILSON MIGUEL DO VALE	Sexo Masculino
Data de nascimento 21/12/1971	Idade 46 anos 1 mes 30 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe MARIA DA PENHA PESSOA DO VALE	Religião NÃO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai SEVERINO MIGUEL DO VALE	Responsável (Parentesco) MARIA SURAMA ALVES - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 336692713	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1463187	Nº Cns 702800679409987
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R

Endereço

CEP 58076248	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Maria do Socorro do Nascimento Rocha
Número 97	Complemento	Bairro João Paulo II	

Admissão

Data e Hora 20/02/2018 11:33:57	Número da pulseira 100006387937	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vem de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

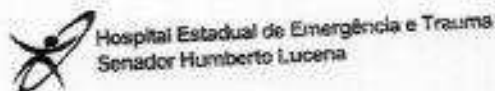
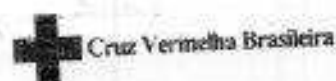
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CD
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA						Tempo 02min 33seg



Imprimir



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente GILSON MIGUEL DO VALE	BAE 1063719	Data/Hora Entrada 20/02/2018 11:33:57	Data Baixa
Data de nascimento 21/12/1971	Idade 46	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988692713
Mãe MARIA DA PENHA PESSOA DO VALE		CNS 702600679409967	Prontuário
Endereço Maria do Socorro do Nascimento Rocha, 97	Bairro João Paulo II	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 9301/PB
Data/Hora Classificação 20/02/2018 11:54:38		Data/Hora Prescrição 20/02/2018 14:12:19	
Convênio SUS	Nº Matricula		Senha

Anamnese

P: DOR EM OMBRO ESQ APOS TRAUMA NO MESMO

US: HA 24H. ENCAMINHADO DO ORTOTRAUMA

RX: FX UMEROS PROXIMAL ESQ (TUBERIOSIDADE MAIOR?)

CD: SOLICITO TAC DO OMBRO ESQ

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

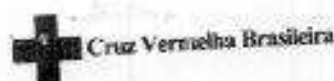
Em observação

GILSON MIGUEL DO VALE

Dr. Frederico Boulitreau
CRM-PB 5301

CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU
(CRM: 9301/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente GILSON MIGUEL DO VALE	BAE 1063719	Data/Hora Entrada 20/02/2018 11:33:57	Data Baixa
Data de nascimento 21/12/1971	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 702800679409967
Mãe MARIA DA PENHA PESSOA DO VALE	Endereço Maria do Socorro do Nascimento Rocha, 97	Beiró João Paulo II	Município JOAO PESSOA
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 9301/PB
Data/Hora Classificação 20/02/2018 11:54:36		Data/Hora Prescrição 20/02/2018 18:00:48	Senha
Convênio SUS	Nº Matricula		

Anamnese

- fx desviada de umero proximal (tuberosidade maior)

cd: internamento p/ tto cirurgico

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

*TOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 100; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

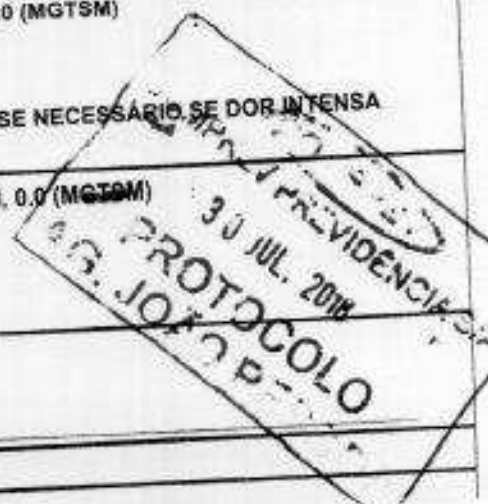
Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6H



Prescrição registrada por: KELLY DE SOUZA ARRABOJA em 20/02/2018 11:35:30

HGT 6/6H

Prescrição registrada por: KELLY DE SOUZA ARRABOJA em 20/02/2018 11:35:30

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SANGUE

CREATININA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: JEJUM)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

CID10

Código

Descrição

2.2

Fratura da extremidade superior do úmero

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Internar Paciente

GILSON MIGUEL DO VALE

Dr. Frederico Boulitreau
Ortopedia / Cirurgia do membro superior
CRM: 9301CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU
(CRM: 9301/PB)



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

REC-0346

Data: 07/03/18

Número:

1063719

Presente:

Dr. Wilson Miguel do Vale

Procedimento:

Dr. Pacelli + Dr. Alexandrine

SUS: 1

Médico:

Dr. Pacelli + Dr. Alexandrine

Reposição:

Cópia pronta

DISPENSACÃO CME

Fornecedor	Descrição do Produto	Quantidade	Código SUS	Marca
XMC	Cx. 3,5 CANVILADA	01		
	PARAF. ROSCA CUBITA Nº 36	01		
	" " " " Nº 46	02		
	AGILVEZAS	03		
	Cx. 3,5 (USOU O INSTRUMENTAC)	01		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

Fornecedor	Descrição do Produto	Quantidade	Código SUS	Marca
BOA MAN	AGULHA BLOK PLEXO 50 mm	01		

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura da Enfermagem - COREN

PROTÓCOLO
30 JUL 2018
JOÃO P. P.

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura da Enfermagem - COREN

Assinatura do Médico - CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: GILSON MIGUEL DO VALE BE/PRONTUÁRIO: 1063719
 IDADE: 46 SEXO: MASC FEM COR: DATA: 07/03/2018
 CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TUBERCULO MAIOR DE ÚMERO ESQUERDO
 CIRURGIÃO: DR. ALEXANDRE NISHIMI 1º ASS: DR. INDALECIO PACELLI
 2º ASS: DR MATHEUS MRZ 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQ + GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE ÚMERO ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMEMO ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ RESIDÊNCIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 07/03/2018

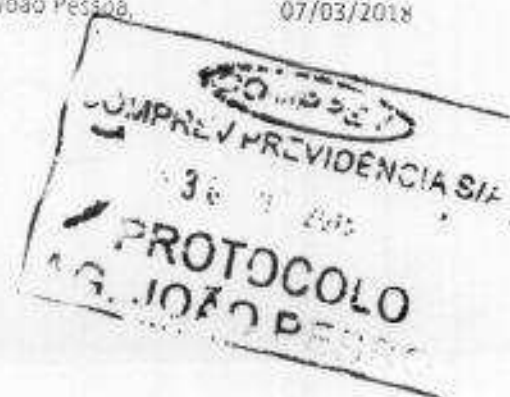
RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
ANTIBIOTICOPROFILAXIA	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO ANTERO LATERAL	
DIVULSÃO, DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS DE HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE ÚMERO ESQUERDO	
Conduta:	
REDUÇÃO DIRETA	
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 3,5 MM	
COM ARROELAS	
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%	
REVISÃO DE HEMOSTASIA	
Fechamento:	
FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
RX DE CONTROLE	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa,

07/03/2018





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/03/18

PRONTUÁRIO: 1060719

SEXO:

COR:

IDADE:

PACIENTE: Gilson Miguel de Vile

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 90 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA PESO 70 GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VUP

AP. RESPIRATÓRIO Eupneico

AP. CIRCULATÓRIO Estável

AP. DIGESTIVO Eupneico

ESTADO MENTAL C.O.T.G.

DROGAS EM USO

ESTADO FÍSICO (ASA) AIA II

PRÉ-ANESTÉSICO

TRATAMENTO PREOPERATÓRIO

Fratura de úmero proximal esquerdo
tratamento cirúrgico de fratura proximal

CIQUIRIA REALIZADA

AUXILIARES Dr. Alexandre

CIRURGIÃO Dr. Paulo

TÉRMINO DA ANESTESIA 3.30

DURAÇÃO DA ANESTESIA

INÍCIO DA ANESTESIA 12.00

QUANT. DE CH.

VALORES RS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CRM-PB

ANF SISTA Dra. Socorro

CPF 111.111.111

ADMITIDA 12.00

13.00

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

RESPIR 300 300 300 300

300 300

1. Anestesia do
apêndice de anest.
2. VUP 20 H2O para
ddh

3. Monitorização (pali-
cção, ox. pulso)

4. Bloqueio, cateter
pneumático com agulha
18G + microstimula-
do - VUP 10mA -
Anestesia (2) + (2)

Pacientes brônquicos e cardíacos
passa a 120/80 PA 120/80

FE: 0.8
Sítio: 987.12

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Propofol 1%	0.2%	100mg	13
2	Etomidato 0.1%	0.1%	100mg	14
3	Etomidato 300mg			15
4	Propofol 150mg			16
5	Etomidato 5mg			17
6	Etomidato 2g			18
7	Etomidato 1g			19
8	Etomidato 0.5g			20
9	Etomidato 0.2g			
10	Etomidato 0.1g			

PROVIDENCIA S/A
30 JUL 2018
PROTOCOLO
1060719

Observações: com Fio 100% O2, com bolhas e máscara, indução
3.0 + 0.5, 100% O2, com bolhas e máscara, com Fio 100% O2
com bolhas e máscara, com Fio 100% O2, com bolhas e máscara
com bolhas e máscara, com Fio 100% O2, com bolhas e máscara
com bolhas e máscara, com Fio 100% O2, com bolhas e máscara

ASSINATURA DO ANESTESISTA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

ASSINATURA DO ANESTESISTA

FRONTUÁRIO

Profisso

Аннотация пропущена.

[illegible]

Immunisations de Anaxagoré et du EF

Strategies de Résolution d'un P

Chenlet

Funco Jido - 1999/10/10

Polymers of biological

Cesáreas / Anestesia Prévia / Complicaciones

Medicine 2016, 17, 123

Niger-Dacotina Diabetes
m. latissimus

EXAME FISICO

N: Adriane RA: P. Hidradenose desenvolvida

Adriane, expulso 30g de sangue, claudicação intermitente, intertrigo

ruiva

cadente/espessa (infusa) (esp/infusa) Sim

rosas

pequena de

capo médio

alargado

pele/ruiva

atemporal 1 3 4 distância externo interno: 12,5 cm x 12,5

Assim de preferência exames com < 01 ano

Exames Substâncias DATA: 06/05/18

Nº= 146 H= 39,6 C= 156 C= 1,09 U= 26

Nº= K= TC= TS=

Plg= 2,1000

Coag= / Normal / Abate TT= TPA= 13,5 TPA=

TX (sua) / / M

POG: / /

JUR I Presidência 1007

Avaliação clínica

Amma Attitude

Umbro Horacio

Calum Guindata

CONSTITUENTE	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	2	3	4	5
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9
10	10	10	10	10
11	11	11	11	11
12	12	12	12	12
13	13	13	13	13
14	14	14	14	14
15	15	15	15	15
16	16	16	16	16
17	17	17	17	17
18	18	18	18	18
19	19	19	19	19
20	20	20	20	20
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
66	66	66	66	66
67	67	67	67	67
68	68	68	68	68
69	69	69	69	69
70	70	70	70	70
71	71	71	71	71
72	72	72	72	72
73	73	73	73	73
74	74	74	74	74
75	75	75	75	75
76	76	76	76	76
77	77	77	77	77
78	78	78	78	78
79	79	79	79	79
80	80	80	80	80
81	81	81	81	81
82	82	82	82	82
83	83	83	83	83
84	84	84	84	84
85	85	85	85	85
86	86	86	86	86

754880

Nestlé CO.

Observações:

NOTA FINAL:	1	Liberação para dirigir
	2	Reavaliar na internado motivo(s)
	3	Reavaliar em 30 dias motivo(s)
	4	NAO LIB. - 30 dias de internado motivo(s)

TAS: _____

TAS: _____

WEDSLEMAS GRAVES

4/ED(CO:

299

ENCLOSURE #1-





Receituário Médico



Gilson M. Vale

Declaro que o paciente acima
foi submetido a tratamento.

Uso em nome próprio.

Deixa passar o período
das atividades por cento

e retorna aos (100)

Ombro

2

S. 42

Dr. Alexandre Y. Nishimi
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PB 10.730 / TEOR 13887

05.04.18

Data: 1/1

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA DOS
PEREIRA SILVA - Tabelião, em 03/07/2018 10:00:02
Encl: R\$2,37 FEPJ R\$0,12 FAPPEN: R\$0,40 ISS R\$ 0,11. Selo
Digital- ABE/7546-561D- Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: GILSON MIGUEL DO VALE.

LAUDO MÉDICO.

O paciente GILSON MIGUEL DO VALE, foi vítima de acidente de trânsito em 19/02/2018, em decorrência do qual sofreu trauma em membro superior esquerdo, fratura de úmero esquerdo.

Constatada a fratura o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico em 07/03/2018, a cirurgia consistiu na fixação e estabilização da fratura com 3 parafusos canulados de 3,5mm e arruelas.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se significativa limitação nos movimentos do membro superior esquerda em face da lesão sofrida, fratura de tuberosidade maior de úmero esquerdo, reduzindo a capacidade para o exercício normal das atividades habituais do paciente.

CID 10: S42.2, T 92.

João Pessoa, 27 de agosto de 2018.

Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E ORDENAMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO L-236



Gilson Miguel do Vale

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.483.187 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/09/2016

NOME
GILSON MIGUEL DO VALE

FILIAÇÃO
SEVERINO MIGUEL DO VALE
MARIA DA PENHA PESSOA DO VALE

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SAPÉ-PB 21/12/1971

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº3525 55 - LIV.A-5 - FLS.119 - CARTORIO SOBRADO-PB

CNPJ
732.522.634-91

Marcelo A. B. Lacerda
Chefe do Núcleo de Identificação DE 25/08/83

A+

COMPANHIA PREVIDENCIÁRIA
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
G. JOÃO PEDRO

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10494508

ISSO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS TMS LEGAIS
ART. 10, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100



GAB

IDENTIDADE DO PORTADOR

Maria Cinthia Grilo da Silva

040704001



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DA PARANÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

17285

Nome
MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

Classe
JOSE EDUARDO DA SILVA
KATIA DE LOURDES FERREIRA GRILLO

Matrícula
SANTA RITA-PR

Endereço
RUA
2011004 - 86710-000
Cidade do Paraná - Paraná

Telefone
041 300.444-20

E-mail
01 0010/2012

Assinatura
Maria Cinthia Grilo da Silva

Observações
OBSERVAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL

PROVIDENCIA
30 JUL 2018
PROTOCOLADO
JOÃO B. B. B.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTAR

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 0139292240717
VIA DO REGISTRO 20180000010661-9
1 0027934408-2 00/00000000 2018
NOME
GILSON MIGUEL DO VALE

CPF/CNPJ
73252263491
PLACA
MOG6381/PB
CHASSI
NOVO PB 9C2KC1640AR068881

ESPECIE TIPO
HONDA/CGI 150 TITAN MIX EX
CATEGORIA
2 P/149 /CGI
PARTIC VERMELHA
VENC. COTA ÚNICA
VENC. COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)
V P
HONDA/CGI 150 TITAN MIX EX
PARCELAMENTO / COTAS
00/00/0000
2
3
A

0
IDF (R\$)
PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO
10/01/2018
SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB
LOCAL
DATA
10/01/2018
0

34851

894150

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 0139292240717 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA
1 2027934408-2
RENAVAM
00279344082
HONDA/CGI 150 TITAN MIX EX
ANO FAB 2010
ANO REG 2010
9C2KC1640AR068881
PLACA
MOG6381/PB
CHASSI
NOVO PB 9C2KC1640AR068881

PREMIO TARIFARIO
R\$ *****
DETRAN (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$ *****
CUSTO DO BILHETE (R\$)
R\$ *****
IDF (R\$)
PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO
10/01/2018
SEM RESERVA DE DOMINIO

SEGURO LIDER - DPVAT

CELE 09.548.8920001-04

894150-1515245-20180110

COMPLEV PREVIDENCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
G. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348679 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON MIGUEL DO VALE **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348679 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON MIGUEL DO VALE **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348679 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON MIGUEL DO VALE **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



CONSULTIUS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Gilson Miguel do Vale, portador da carteira de identidade nº 1483187 inscrito no CPF sob o nº 732.522.639-91, profissão Servicos Gerais, estado civil união estável, residente e domiciliado na Rua Maria do Socorro do N. Rocha, 151, Cidade João Pessoa, Estado PB, Telefone _____.

OUTORGADO(S): **RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA**, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228; **MARIA CINTIA GRILO DA SILVA**, inscrita na OAB/PB nº 17.295.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Gilson Miguel do Vale, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 24 de Julho de 2018.



OUTORGANTE

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

