
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 GRILLO 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

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 GRILLO 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



Fara 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:

Gelson Niguel do Vale

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gelson Niguel do Vale	CPF/titular da conta 732.522.634-93	Profissão CONTRATANTE
Endereço R. Maria do Socorro da Nazareno Rocha	Número 133	Complemento
Estado TURIONENSE	Estado Paraná	CEP 58046-246
Brasil CONSULT. JUS. ALVO GABOZ @GMAIL.COM	Telefone (DDD) 83 92662-0587	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N°: 0036
 UNI. 6444 CONTA N°: 4
 (Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 BANCO
 Nome: _____
 NRO: _____
 AGENCIA N°: _____
 UNI. _____ CONTA N°: _____
 (Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

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

Local e Data:
 João Pessoa, 23 de Julho de 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



6277 8015 5619 1223

6277

VALIDATE

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 Araújo 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 DR^a 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.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

GILSON MIGUEL DO VALE

Noticiante

1.º P.R. / PREVIDÊNCIA SIA
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
3/G. JOÃO PESSOA
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 Micael do Vale

CPF da Vítima

732.522.634-93

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.

 José Pense, 27 de julho de 2018
 Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

THE WIT

AG. DA P. SOCIAL JOÃO PESSOA - BELA VISTA
RUA BAKAO DO MILUNHO, 307
VARADOURO
JOÃO PESSOA - PB
58010-400

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

REINTEGRADO AO SERVIÇO

三

Impresso pela Detran/EM

THE TERRITORIES



PHOTOGRAPH BY ROBERT M. COOPER



GILSON MIGUEL DO VALE
MARIA DO SOCORRO DO NASCIMENTO SOC 151
JOSÉ PAULO II
JUANA PESSOA PB
AB076-246



9 731 9588749319900006249539230318



TIM Cabida S.A.
Av. Frei Epifâncio Pessoa, 3180 - SL 6
Tambauzinho - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.205.050/0085-99 - IE: 16.143.665-0
CNPJ da Matriz: 02.423.421/0001-11

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pela TIM no Brasil

R\$ 51,13

VENCIMENTO
10/07/2018

EMISSÃO: 19/06/2018

POSTAGEM: 02/07/2018

FATURA: 3433912494

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

CLÍENTE: 165481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

Prezado cliente, excepcionalmente neste mês para o vencimento 10/07 o faturamento poderá ser pago 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 seu Rezido Social para "TIM S.A.", não ocorrendo qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

RESUMO DA SUA CONTA ATUALIZADA ATÉ 10/07/2018

	Serviços TIM S.A.	VALOR
R\$	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)	Ilimitado	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

Todos os seus ligações de voz realizados na área coberta	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 seu conta detalhado sempre que desejar, com todo a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-lo, 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](http://www.meutim.com.br). Visite www.meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

REGISTRO TIM S.A.	ALQUILADA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	FUNTEL
10341	30%	R\$ 25,00	R\$ 10,00	FUST	R\$ 0,12
Próximas - serviços Telecom	X,00%				
PRÓXIMAS - serviços Não Telecom	1,65%				
PRÓXIMAS - serviços Não Telecom	5,25%				
Em conformidade à Lei 12.737/2012.					
As contribuições ao FUST (3%) e FUNTEL (0,5%) não são representadas no valor.					

Informações Complementares - Monetização de Vozes e Multimídia (SVAs)

Incluída na fatura:

Franchise	R\$ 33,00
SVAs	R\$ 10,00
Desconecto Franchise	R\$ 0,00
Desconecto SVA	R\$ 0,00

EE TIM

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

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000000165481214012	JUN/2018	19/06/2018	10/07/2018	R\$ 51,13

VIA BANCO

846000000000 - 6 51130109011 - 0 00343391249 - 4 40119257526 - 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 Antônio Gólio da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.690.444-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilson Miguel da Vale inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.522.634-91, do sinistro de DPVAT cobertura União/dez da Vítima Gilson Miguel da 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 Lider-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		Número	Complemento
Bairro	<u>Av Capitão José Pernas</u>	<u>602</u>	<u>Sala 06</u>
Cidade	<u>Jaguaribe</u>	Estado:	CEP
Email	<u>foas.Pernas</u>	<u>PB</u>	<u>58015-345</u>
Consult.	<u>foas.advogado@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(83) 41.91.23.12</u>	<u>(83) 9.8663-0533</u>

foas Pernas, 25 de julho de 2013
Local e Data

Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

Nº. 0945/2018

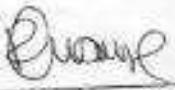
Atendendo solicitação de **GILSON MIGUEL DO VALE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº104092 e Prontuário de Nº 2017.12.003684, pertencentes 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Julho de 2018

Drª Rossana de F. A. Barbosa
Médica da Vigilância à Saúde da Fazenda
Centro de Gestão Integrada
CRM/PB 3533


Rossana
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Ost.

AV. GRESTES LISBOA, 50 - 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)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA DA PENHA PESSOA DO VALE				Paiz SEVERINO MIGUEL DO VALE
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) MARIA SURAMA ALVES - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988692913 - 32769-7713	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1483187	Nº Crm 702800679409987		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISO BURITY (ORTOTRAUMA)				Tipo UNIDADESAUDE
Email	Naturalidade SAPE	UF PB		
CBOR				

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	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE		
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	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sengue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

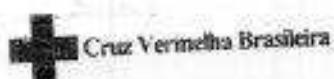
Diagnóstico

Atendido por
KELLY DE SOUZA BARBOSA

30 JUL. 2018
PROTÓCOLO
G. JOAQUIM PREVIDÊNCIA /
Imprimir

CID

Tempo
02min 33seg



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

Anamnese

P: DOR EM OMBRO ESQ APÓS TRAUMA NO MESMO

U/S: HA 24H. ENCAMINHADO DO ORTOGRAUMA

RX: FX UMERO PROXIMAL ESQ (TUBEROSIDADE 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

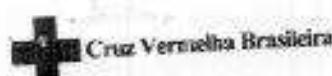
Conduta

Em observação

GILSON MIGUEL DO VALE

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





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
GILSON MIGUEL DO VALE	1063718	20/02/2018 11:33:57	
Data de nascimento	Idade		Telefone de Contato
21/12/1971	46	Sexo	(83) 988692713
		Masculino	
		CNS	
		702800679409967	Prontuário
Mãe			
MARIA DA PENHA PESSOA DO VALE			
Endereço	BAIRRO	Município	UF
Maria do Socorro do Nascimento Rocha, 87	João Paulo II	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU	9301/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
20/02/2018 11:54:36		20/02/2018 18:00:48	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

Anamnese

- fx desviada de umero proximal (tuberossidade maior)
- cd: internamento p/ tto cirúrgico

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., 6/6H, 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: DIARIO)

ultimo registro feito por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 20/02/2018 11:36:50

HGT 6/6HS

30 JUL. 2018
PROTÓCOLO
PROVIDÊNCIA

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)

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

CID10

Código	Descrição
22	Fratura da extremidade superior do úmero

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Internar Paciente

GILSON MIGUEL DO VALE

Dr. Frederico Boultreau
Ortopedia / Ortoped. Júnior
CRM: 9301

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME:	GILSON MIGUEL DO VALE			SE/PRONTUARIO	1063719		
IDADE:	46	SEXO:	MASC	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	HORARIO	INICIO:	TERMINO:			

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

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMERO	
ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

DESCRÍÇÃO

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

 ENFERMARIA RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

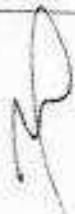
DATA: 07/03/2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
ANTIBIOTICOPROFILAXIA	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO ANTERO LATERAL	
DIVULSAO, DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS DE HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE ÚMERO ESQUERDO	
Condução:	
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

2018-03-07
 UNIPREV PREVIDÊNCIA SIA
 36 1 2018
 PROTOCOLO
 G. 10720-0



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/03/18

PRONTUÁRIO:

106.719

0236

SEXO: COR: IDADE:

ACIENTE: Gilson Miguel de Oliveira

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 90 RESPIRAÇÃO 20/10 TEMPERATURA PESO 70 GRUPO SANGUÍNEO
 ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VNP AP. CIRCULATÓRIO Estável

AP. RESPIRATÓRIO Cúpula DROGAS EM USO

AP. DIGESTIVO Fígado ESTADO MENTAL 60/76

PRE-ANESTÉSICO

TRATAMENTO PREOPERATÓRIO

LIGURÍA REALIZADA

CIRURGÃO Dr. Facelli

INÍCIO DA ANESTESIA 12:00

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ANF SISTEMA

IDENTIF. ANF

OR. N.º

RSD 25 300 500 800 1000

GR. 25

O. 25

M. 25

P. 25



Receituário Médico



Gilson M. Vale

Declaro que o paciente acima
fiz. submetido a tratamento.

Atividade em nome serviso

Quaisquer outras afecções
das atividades por conta

e orientado para (130)

542

Grau

Dr. Alexandre Y. Nishimi
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PB 10.730 / TECR 13867

05/04/18

Data: 11

Médico - CRM

F(NG)CC.002-1



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DIGITAL
COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do
original que se foi exibido. Dado fér. CELEIDA COELHO
PEREIRA SILVA - Tabelião, em 05/07/2018 10:00:02

Enol:R\$2,37 FEPJ R\$0,12 FAFEN:R\$0,40 ISS R\$ 0,11. Selo
Digital - #B79546-5610 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 PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E VALORIFICA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236



Gilson Miguel do Vale

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.483.187 - 2^a VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 15/09/2016

NOME

GILSON MIGUEL DO VALE

PAI/AÇÃO

SEVERINO MIGUEL DO VALE
MARIA DA PENHA PESSOA DO VALE

NATURALIDADE

SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO

21/12/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. N°3525 55 - LIV.A-5 - FLS.119 - CARTÓRIO SOBRADO-

PB

CPF

732.522.634-91

Barreto A. B. Lacerda
Cartório de Registro de Nascimento
Data: 25/08/03

A+





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



CONSULT JUS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Gilson Miguel do Vale, portador da carteira de identidade nº 1443187 inscrito no CPF sob o nº 73252263971, profissão Trabalho Geral, estado civil união estável, residente e domiciliado na Rua Maria das Graças 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 CINTHIA GRILLO DA SILVA, inscrita na OAB/PB nº 17.295.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/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 vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 24 de maio de 2018.



Gilson Miguel do Vale

OUTORGANTE

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

