

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GILVAN PEREIRA EUFRASIO**

Nº Sinistro: **3180264071**

Vitima: **GILVAN PEREIRA EUFRASIO**

Data do Acidente: **02/01/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180264071**.

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 12946650



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: GILVAN PEREIRA EUFRASIO

Sinistro: 3180264071  
Vítima: GILVAN PEREIRA EUFRASIO  
Data do Acidente: 02/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180264071** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: GILVAN PEREIRA EUFRASIO

Sinistro: 3180264071  
Vítima: GILVAN PEREIRA EUFRASIO  
Data do Acidente: 02/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180264071** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2018

Carta nº: 13045049

A/C: GILVAN PEREIRA EUFRASIO

Nº Sinistro: 3180264071  
Vítima: GILVAN PEREIRA EUFRASIO  
Data do Acidente: 02/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **GILVAN PEREIRA EUFRASIO**

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

Banco: **001**

Agência: **000002001-X**

Conta: **000010014224-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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 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

Nome completo da vítima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                                |                          |                                               |                         |                                          |  |
|------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------|--|
| Nome completo<br><b>GILVAN PEREIRA EUBÁSIO</b> |                          | CPF titular da conta<br><b>703.568.854-57</b> |                         | Profissão<br><b>AGRICULTOR</b>           |  |
| Endereço<br><b>RUA PARATONHO</b>               |                          | Número<br><b>S/N</b>                          |                         | Complemento<br><b>-</b>                  |  |
| Bairro<br><b>ZONA RURAL</b>                    | Cidade<br><b>COREMAS</b> | Estado<br><b>PB</b>                           | CEP<br><b>58770-000</b> |                                          |  |
| Email<br><b>XTHYAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM</b>   |                          |                                               |                         | Telefone (DDD)<br><b>(33) 99660-7071</b> |  |

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
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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<br>NRO.<br><b>2001</b><br>(Informar dígito se existir) | D/V<br><b>X</b> | CONTA<br>NRO.<br><b>14.224</b><br>(Informar dígito se existir) | D/V<br><b>7</b> |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|-----------------|

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

|                                                                |                 |                                                                |                 |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| BANCO<br>Nome<br><b>BRASIL</b>                                 |                 | NRO.<br><b>14.224</b>                                          |                 |
| AGÊNCIA<br>NRO.<br><b>2001</b><br>(Informar dígito se existir) | D/V<br><b>X</b> | CONTA<br>NRO.<br><b>14.224</b><br>(Informar dígito se existir) | D/V<br><b>7</b> |

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

Coremas 23 de Maio de 2018  
Local e Data

Gilvan Pereira Eubásio  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

08 JUN. 2018



# Ourocard

Poupança



5067 2150 1262 8171

VALIDATE

12/22

5.1 VAL P 50848.0

2011-X 14-224-9

elo

08 JUN. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 240/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: 02/01/2017 - HORA: 13:00

Data e hora da comunicação na Delegacia: 26/05/2017, às 09:50 horas

Sob a responsabilidade da Del. Pol.: José Pereira De Sousa

Notificante: **GILVAN PEREIRA EUFRÁSIO**, Alcunha: "\*\*\*\*" Nacionalidade: brasileiro, Solteiro, naturalidade: Pombal/PB, Agricultor, nascido(a) aos 20/12/1998, documento: RG 4.100.042-SEDS/PB, C.P.F 703.568.554-57, filho (a) de Ivan Pereira Dantas e de Genilda Eufrásio Dantas, residente no Sítio Pacatonho, nº. s/n, Bairro: \*\*\*- Coremas/PB; Referência: Em direção a cidade de Piancó-PB; Tel. (83) 9 99709117.

Vítima: O (A) notificante, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: \*\*\*/PB, idade:, nascida aos, cor/raça: \*\*\*, Estado Civil:, Profissão: , Escolaridade: \*\*\*, documento: RG referência: .

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte: que o notificante estava conduzindo a motocicleta, HONDA CG 150 TITAN ESD, ANO 2004/2005, PRETA, PLACA: MNX-4529/PB, CHASSI: 9C2KC08205R006928, RENAVAL: 0083847272-9, licenciada em nome de Ivan Pereira Dantas, pela BR que dá acesso a cidade de Piancó próximo ao Bar "Paraíso das Águas"; que de repente um animal (cavalo) surgiu do matagal e adentrou a via, onde o notificante não conseguiu desviar chocou-se contra o animal e veio a cair no asfalto; que o notificante foi socorrido pelo SAMU LOCAL até o HOSPITAL ESTEVAM MARINHO-Coremas-PB; que em razão dos ferimentos teve de ser transferido para o HOSPITAL REGIONAL DE PATOS; que do acidente resultou em fratura na clavícula direita escoriações pelo braço direito. Nada mais a consignar.

*Gilvan Pereira Eufrásio*

Notificante

Policial Responsável pelo Registro  
Matrícula: 182.395-7

Digital

DOCUMENTO ORIGINAL

08 JUN. 2018





Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 interdita 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

Gilvan Pereira Eugênio

CPF da Vítima

73568.554-57

Data do Acidente

02-04-2017

**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.

Corumbá, 23 de Maio de 2018

Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Gilvan Pereira Eugênio

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

03/01/14 0014 *Gilvan Pereira Empreiteiro* 28 28  
5111a Pacatuba  
APRIMADO LOCAL ☐ ☐ PERDADO MEMBROS ☐ RESGATE DE ☐ OUTROS ☐  
STA ☐ SEQUESTRADO POR TERCEIRO ☐ RESGATE ATENDIMENTO ☐ SEQUESTRADO PELO POLÍCIA ☐ OUTROS ☐  
TIPO DE AGRAVO  
☒ AGENTE DE TRÂNSITO ☐ ANTECEDENTES

T.P.O DE AGRVCO

|                                                        |                                                      |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> AGENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> FISIATRICO                  |
| <input type="checkbox"/> ATRESIA                       | <input type="checkbox"/> PSICOTRICO                  |
| <input type="checkbox"/> B. MEX.                       | <input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO |
| <input type="checkbox"/> CRISE CONVULSIVA/FERIMENTOS   | <input type="checkbox"/> QUEIMA _____ QUINTOS        |
| <input type="checkbox"/> E. PROLAPSAS                  | <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS                 |
| <input type="checkbox"/> FAR                           | <input type="checkbox"/> OUTROS                      |
| <input type="checkbox"/> FAR. BRON.                    |                                                      |
| <input type="checkbox"/> SÍNDROMES GASTROINTESTINAIS   |                                                      |
| <input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS               |                                                      |

**ANTECEDENTES**

|                                                        |                                                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIDS                          | <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL           |
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO                    | <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL            |
| <input type="checkbox"/> AVC                           | <input type="checkbox"/> DROGA                   |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA REALIZADA            | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL    |
| <input type="checkbox"/> CONVULSÕES                    | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÕES ANTERIORES  |
| <input type="checkbox"/> DIABETES                      | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS            |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA TUBERCULAR             | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA DE REGISTRO CONTAGIOSA | <input type="checkbox"/> OUTROS                  |

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO:

RESPONSIVE

FUNÇÃO

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ ARBORE DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☒ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL

RESPONSÁVEL

## FUNÇÃO

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

1. The first step in the process of the investigation is to identify the problem or the question that needs to be answered. This is often done by the researcher or the client, and it is the starting point for the entire investigation.

### DADOS VITAIS

PA: 114 x 110 PES: 26.0

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

$$Fe = 95$$

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM.

[illegible]

## INTERVENÇÕES

EXPERIENCES

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

PC do sexo masculino, 18 anos, vítima de acidente automobilístico, consciente, orientado, com várias escoriações pelo corpo, com suspeita de fratura de clavícula (clavícula) fazendo omeagid (ou de chito), aos 55VV. PA-140x110; FC-95; T-36°; saturando 98. Feito imobilização com prancha rígida, collar cervical, 01 amp. de roltam IM, 01 dipirona + ADestiluda EV e encaminhado ao hospital de referência segundo a regulação médica.

08 JUN. 2011

# MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 dipirama  
01 água destilada  
01 seringa de 20 ml  
01 seringa 5 ml  
01 gazele nº 24

E.C.S.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

## EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MORTAÇÃO

## EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ☐ SEMINAR ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS

## DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

### DIAGNÓSTICOS

### PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASOFARÍNGEA ☐ CATETER VENTILATÓRIA ☐ CRICOTIROIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - AMBU) ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO O2 ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO CARDIÓVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO  
☐ FUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ SOLAR CERVICAL  
☐ TALAOTRAÇÃO ☐ CINTURAÇÃO ☐ OUTROS

## TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TERCEIROS) DATA

## EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

## ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

## POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVADO DE CABEÇA (CADEIRA)

RECUSA

NOME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): Luciana Beatriz COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

UX/TÉCNICO DE ENFERM.: Joseilda COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ONDUTOR: Guilherme MAT: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilvan Pereira Eufrazio

RG nº 4.100.042, data de expedição 22/09/12, Órgão SSDP/PB

CPF nº 703.568.554-57, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Sítio Pacatonho</u>             |
| Número                            | <u>S/N</u>                         |
| Apto / Complemento                | <u>-</u>                           |
| Bairro                            | <u>Zona Rural</u>                  |
| Cidade                            | <u>Coremas</u>                     |
| Estado                            | <u>Paraíba</u>                     |
| CEP                               | <u>58770-000</u>                   |
| Telefone de Contato               | <u>(83) 9 9660-7071</u>            |
| E-mail                            | <u>xthyagpearneiro@hotmail.com</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Coremas, 26 de Maio de 2018

Assinatura do Declarante: Gilvan Pereira Eufrazio



Maria Suely de Andrade  
Escrevente  
RG 1.479.830 - SSP-PB  
CPF 788.263.924-53

08 JUN. 2018





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thyago Gleydson Leit Carneiro,

RG nº 2897048, data de expedição 21/06/2001, Órgão SSP/PB,

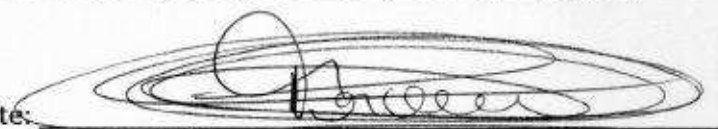
CPF nº 057.614.794-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Laranel João Carneiro</u>     |
| Número                            | <u>510</u>                           |
| Apto / Complemento                | <u>1º Andar</u>                      |
| Bairro                            | <u>Centro</u>                        |
| Cidade                            | <u>Pombal</u>                        |
| Estado                            | <u>Paraíba</u>                       |
| CEP                               | <u>58840-000</u>                     |
| Telefone de Contato               | <u>(83) 99660-7071</u>               |
| E-mail                            | <u>XTHYAGO CARNEIROX@HOTMAIL.COM</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pombal, 23 de Maio de 2018

Assinatura do Declarante:

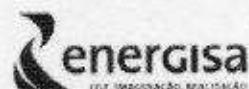


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

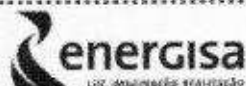
Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 006.387.617



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

| DADOS DO CLIENTE                                                           |              |         | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |               |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|----------------------------|---------------|
| THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO<br>RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND<br>POMBAL |              |         | 5/1106327-8                |               |
| REFERÊNCIA                                                                 | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO                 | TOTAL A PAGAR |
| MAI/2018                                                                   | 14/05/2018   | 259     | 21/05/2018                 | R\$ 203,32    |

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DETACHE AQUI

THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO  
Roteiro: 06-227-060-6100  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/05/2018

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA          |
|------------|---------------|--------------------|
| 21/05/2018 | R\$ 203,32    | 1106327-2018- 05-7 |

08 JUN. 2018



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 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Thiago E. Leite Carneiro inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilvan Pereira Eugênio inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.568.554 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima Gilvan Pereira Eugênio, inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.568.554 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

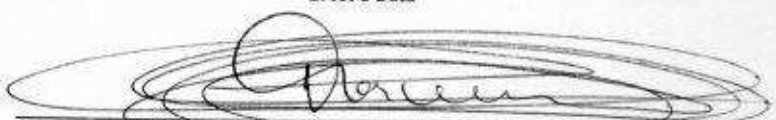
☒ Recuso informar

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<br><u>Rua General João Carneiro</u>  |                         | Número<br><u>S/N</u>    | Complemento<br><u>1º Andar</u> |
| Bairro<br><u>Centro</u>                       | Cidade<br><u>Pombal</u> | Estado<br><u>PB</u>     | CEP<br><u>58840-000</u>        |
| Email<br><u>XTHVAGO CARNEIROX@HOTMAIL.COM</u> |                         | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)         |

Pombal, 23 de Maio de 2016  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

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 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Thiago E. Leite Carneiro inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilvan Pereira Eugênio inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.568.554 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Gilvan Pereira Eugênio, inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.568.554 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

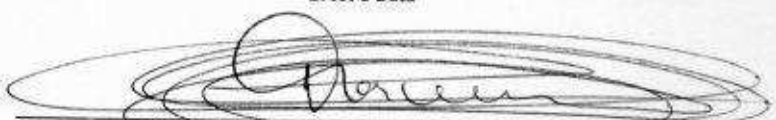
☒ Recuso informar

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                             |               | Número                  | Complemento            |
| <u>Rua General João Carneiro</u>     |               | <u>S/N</u>              | <u>1º Andar</u>        |
| Bairro                               | Cidade        | Estado                  | CEP                    |
| <u>Centro</u>                        | <u>Pombal</u> | <u>PB</u>               | <u>58840-000</u>       |
| Email                                |               | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |
| <u>XTHVAGO CARNEIROX@HOTMAIL.COM</u> |               |                         |                        |

Pombal, 23 de Maio de 2016  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivan Pereira Dantas,  
RG nº 2322642, data de expedição 31/04/1996,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 045.530.544-77, com  
domicílio na cidade de Coremas, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Bacabinha, nº 511,  
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Galvino Pereira Engenheiro, cujo o condutor era  
Galvino Pereira Engenheiro.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 150 TITAN ESD

Ano: 2004 / 2005

Placa: MTX 4529 / PB

Chassi: 3C2K008205R006928

Data do Acidente: 02/03/2017

Local e Data: Coremas, 23 de Maio de 2018

x Ivan Pereira Dantas  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



DOCUMENTO ORIGINAL

08 JUN. 2018





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE "ESTEVAM MARINHO"

CÓDIGO DO CNES: 000.312-3 CNPJ: 08.778.268/0021-04

ENDEREÇO: Rua João Fernandes de Lima - Pombalzinho

CEP: 58.770-000 MUNICÍPIO: CORENAS ESTADO: PB

PACIENTE

NOME: Gilvan Pereira Eufraásio

PROFISSÃO: Agente de Saúde

ENDEREÇO: St. Pacatônio

MUNICÍPIO: Corenas

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 7050026

DATA DE NASCIMENTO: 20/12/1998 DATA DO ATENDIMENTO: 02/01/2017

TEL: 99906399 NOME DA MÃE: Genilda Euláudio Dantas

RAÇA / COR

( ) 1 - BRANCA

( ) 2 - PRETA

( ) 3 - PARD

( ) 4 - AMARELA

( ) 5 - INDIGENA

( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente virou de repente a noxe (causou ex  
crises) no corpo abdominal, em especial no  
abdome D, acompanhada de suor e náusea  
e vômito.  
Deixou de ingerir alimentos e líquidos.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE - TIPOS

Rx de tórax

Rx de abdome

Rx de crânio

RESULTADOS

fratura de clavícula

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

- 1) TAPIONAL 0,20 x 20 x 16
- 2) UT K 0,20 x 20
- 3) SCL 500 - 60

CARÁTER DO ATENDIMENTO

( ) 01 - ELETIVO

( ) 02 - URGÊNCIA

( ) 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

( ) 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

( ) 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

( ) 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

fratura de clavícula

MEDICAÇÃO

( ) PRESCRITA

( ) APLICADA

ENCAMINHAMENTO

( ) OBSERVAÇÃO

( ) RESIDÊNCIA

( ) INTERNAÇÃO

( ) OUTRO HOSPITAL

( ) OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO PROCEDIMENTO

1 - 1 0 0 1 1 0 0 0 0 1

2 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

3 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

ASSINATURA DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

CNS

CBO

2 2 5 2 2 5

CRM

OU POLEGAR DIREITO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE / RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)**

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE "ESTEVAM MARINHO"

CÓDIGO DA UNIDADE: 000.312-3

CNPJ: 08.778.268/0021-04

END.: RUA JOÃO FERNANDES LIMA

BAIRRO: POMBALZINHO

MUNICÍPIO: COREMAS

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

CEP: 58.770-000

PACIENTE

NOME: GILVÂNIA PEREIRA RUFINO

IDADE: 13

PROFISSÃO: Agricultor

DOCUMENTO: RG: 41500 042

END.: Sto Pacatouho

BAIRRO: Zona Rural

MUNICÍPIO: Coremas

ESTADO: Paraíba CEP: 58770000

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2504801

CNS: 2592363 705 00260922 8255

DATA DE NASCIMENTO: 20, 12, 98

DATA DO ATENDIMENTO: 02, 03, 15

CARÁTER DO ATENDIMENTO: 02

RAÇA/COR: M SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de Torax

0 2 0 4 0 3 0 1 7 0

Rx de Bico

0 2 0 4 0 6 0 0 8 5

Rx de Amare 9

0 2 0 4 0 4 0 0 3 5

Rx de Coluna Cervical

0 2 0 4 0 2 0 0 8 7

CID - 10:

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





REC. FORMAI RION Dr. Tício  
ESTADO DA PARAÍBA  
Hospital e Maternidade "ESTEVAM MARINHO"  
SECRETARIA DA SAÚDE

Para: GILVAN PEREIRA EUFÁSIO

Examinando

Examinando o paciente GILVAN  
PEREIRA EUFÁSIO, 38 anos, vítima  
de acidente de moto (colisão  
com grinalva), chegou ao servi-  
ço desorientado, apresentando  
otormo no ouvido direito e  
vermelhidão de pele no ombro  
direito.

Solicito ao clínico do  
serviço de destino que reali-  
ze um TC de crânio, pois  
no serviço de origem não  
contamos com tal estrutura

Assinatura

Dr. [Assinatura] Médico  
CRM 12.345

Coremas-PB, 02, 05, 17

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE

"PEDIMOS AOS MÉDICOS QUE MELHOREM SUA LETRA"

08 JUN. 2018



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE ESTEVAM**

**MARINHO\_ COREMAS \_ PARAÍBA**

**CNPJ: 08.778.268/0021-04**

**Paciente: Gilvan Pereira Eufrásio  
Idade: 18 anos  
Data do exame: 02/01/17**

**RADIOGRAFIA DA BACIA EM AP**

Estrutura e densidade ósseas preservadas.

Espaços articulares mantidos.

Partes moles sem alterações.

**RADIOGRAFIA DO TÓRAX EM PA**

Pulmões de transparência conservada.

Seios costofrênicos livres.

Aumento da densidade de partes moles em mediastino de natureza a esclarecer (linfonodomegalias?).

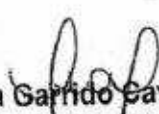
Coração de dimensões preservadas.

**RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM AP**

Fratura transversa no terço medial da clavícula direita.

Espaços articulares mantidos.

Partes moles sem alterações.

  
**Dra. Pâmela Garrido Cavalcanti  
Médica Radiologista**

**08 JUN. 2018**



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268/002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: GILVAN PEREIRA EUFRASIO

Mae: GENILDA EUFRASIO DANTAS

Nascimento: 20/12/1998 Idade: 18 Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão: AGRICULTOR(A)

Idereco: SÍTIO PACATONIO

Bairro: ZONA RURAL

Num.: Fone: (83)99906-7399

Cidade: COREMAS - PB - 58770-000 - 2504801

CNS: Identidade: 4100042 SSP PB

CPF: Reg. Nasc.: ANDREA

Data / Hora: 21/2017 15:52:21

Recepcionista: ANDREA

Ficha Número: 184624

PESO: PA: TEMP: 87484

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Arterial de 120/80  
TCE e Traumatismo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MAISIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

TCE + Traumatismo no membro Direito

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | 2 | 9 |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Ass. Rev. Técnico - carimbo  
Ass. Rev. Administrativo - carimbo

Médico / Cln / Cns

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE - 2563 - 700-0036-9099-2707

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Posto: Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



Prontuario: 87484  
Ocorrência: **URGENCIA**

Data/Hora 2/1/2017 17:32:47

Servidor do Dr.:

Paciente **GILVAN PEREIRA EUFRASIO**

Idade: 18      Sexo M

Filiação

Pai: IVAN PEREIRA DANTAS  
Mãe: GENILDA EUFRASIO DANTAS

Endereço

Cidade COREMAS - PB - 58770-000 - 2504801

Endereco: SITIO PACATONIO

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone: (83)99906-7399

Documentos

CNS: 705-0026-0922-8258

Identidade: 4100042 SSP PB

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 20/12/1998

COR: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: Dr. Juan Roberto Vento

**ANAMNESE:** (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

ethnēia, simil, anal 15W

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

# E. typ: EBC, typus / ac. und. cr. 100, opt. 1, typus 100.

Ex. Neuronale: Foliole (4), Inzaro, unche ampe

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

TC cells are not come extensive

CRM 5724

hematoma  
subdural  
cranium

Diagnóstico:

~~1~~ Plasma trans / TEC model / one

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recepcionista: ANDREA

Area venne (b)

08 JUN. 2018





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SJ 40/20

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS  
D<sup>a</sup> Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): GILVAN PEREIRA EUFRASIO  
Dr(a): NÃO INFORMADO  
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0006147971  
Data: 03-01-2017 11:09  
Idade: 18 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: 00 - unidade central  
Destino: 00 - unidade central

BIOQUIMICA

GLICOSE ..... 133 mg/dl

[DATA DA COLETA: 03/01/2017 11:08 ]  
Material: Soro  
Método: AUTOMATIZADO

Valores de Referência:  
Glicemia de jejum:

50 a 99 mg/dL ..... Normal  
100 a 125mg/dL ..... Pré Diabetes  
Maior ou igual a 126mg/dL ..... Diabetes melitus /  
Gestacional

UREIA ..... 30 mg/dL

[DATA DA COLETA: 03/01/2017 11:09 ]  
Material: Soro  
Método: AUTOMATIZADO

Valores de Referência:  
MULHERES: 15 a 36 mg/dL  
HOMENS : 19 a 43 mg/dL

CREATININA ..... 0.7 mg/dL

[DATA DA COLETA: 03/01/2017 11:09 ]  
Material: Soro ou Plasma  
Método: AUTOMATIZADO

Valores de Referência:  
MULHERES: 0.5 a 1.0 mg/dL  
HOMENS : 0.7 a 1.2 mg/dL

TRANSAMINASE OXALACETICA ..... 38 U/L

[DATA DA COLETA: 03/01/2017 11:09 ]  
Material: Soro  
Método: AUTOMATIZADO

Valores de Referência:  
MULHERES: 14 a 36 U/L  
HOMENS : 17 a 59 U/L

TRANSAMINASE PIRUVICA ..... 24 U/L

[DATA DA COLETA: 03/01/2017 11:09 ]  
Material: Soro  
Método: AUTOMATIZADO

Valores de Referência:  
MULHERES: até 32 U/L  
HOMENS : até 42 U/L

*WDS*  
Dr. Cleison Vamberto de  
Oliveira Silva  
CRF-PB 2302

08 JUN. 2018

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
DEP. JANDUHY CARNEIRO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: GILVAN PEREIRA EUFRASIO  
Medico: DAMIÃO JOÃO PEREIRA LOPES  
Laboratório: INTERNO  
Enfermaria: SAO JOSE

Nascimento: 20/12/1998 Idade: 18 Sexo: M  
Cod. Pac.: 11638 Protocolo: 26164  
03/01/2017 10:01:44  
Leito: 4/02

### HEMATOLOGIA

#### HEMOGRAMA

Material: SANGUE  
Metodo: AUTOMATIZADO

#### SÉRIE VERMELHA

|                            |                            | Masculino >13 anos<br>4.4 - 6.1 milhões/mm <sup>3</sup> | Feminino >13 anos<br>4.2 - 5.4 milhões/mm <sup>3</sup> |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Eritrócito                 | 4.400.000 /mm <sup>3</sup> |                                                         |                                                        |
| Hemoglobina                | 13,4 g% <i>I</i>           | 13.5 - 18.0 g%                                          | 11.5 - 16.0 g%                                         |
| Hematócrito                | 39,3 %                     | 40 - 54 %                                               | 37 - 47 %                                              |
| V.C.M.                     | 89,0 u3                    | 80 - 98 u3                                              | 80 - 98 u3                                             |
| H.C.M.                     | 30,0 pg                    | 25 - 35 pg                                              | 25 - 35 pg                                             |
| C.H.C.M.                   | 34,0 %                     | 31 - 36 %                                               | 31 - 36 %                                              |
| R.D.W.                     | 13,5 %                     | 11.5 a 14.5 %                                           | 11.5 a 14.5 %                                          |
| Observação Série Vermelha: |                            |                                                         |                                                        |

#### SÉRIE BRANCA

|                          |                | Maiores de 13 anos<br>4.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup> |
|--------------------------|----------------|-------------------------------------------------------|
| Leucócitos Totais        | 9.800 <i>I</i> |                                                       |
| Mielócitos               | 0              | 0                                                     |
| Metamielócitos           | 0              | 0 a 1                                                 |
| Bastonetes               | 0              | 0 a 5                                                 |
| Segmentados              | 75             | 40 a 70                                               |
| Eosinófilos              | 1              | 0 a 5                                                 |
| Basófilos                | 0              | 0 a 1                                                 |
| Linfócitos               |                |                                                       |
| Típicos                  | 19             | 20 a 35                                               |
| Atípicos                 | 0              |                                                       |
| Monócitos                | 5              | 2 a 10                                                |
| Observação Série Branca: |                |                                                       |

#### CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 239.000 *I*  
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

#### Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO

*B. K. K.*  
Fis. - Anal. - Prognóstico  
Classificação: CDF-2700

08 JUN. 2018



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

B. Wilson Pereira de Faria

DA CLÍNICA

cardiologia

A CLÍNICA

Unidade de Pronto Atendimento

ENFERMARIA

4ª

LEITO

02

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Transtorno

02/01/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Dr. B. Wilson Pereira de Faria  
2ª cc + exame ambulatorial  
Rx: fratura de humero  
no antebraço  
Alto da artéria  
Requer atendimento

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

08 JUN. 2018





## REQUISIÇÃO DE PARECER

|                                                                                                                                                             |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| NOME: <u>Silvan Pereira</u>                                                                                                                                 |                                  |
| DA CLÍNICA: <u>Medica</u>                                                                                                                                   | ENFERMARIA: <u>4</u>             |
| A CLÍNICA: <u>Neurologia</u>                                                                                                                                | LEITO: <u>2</u>                  |
| MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)                                        |                                  |
| <p>Paciente vítima de acidente de trânsito há 3 dias, evoluindo sem intervenção, com alto risco de óbito. Solicito avaliação e conduta.</p> <p>05/01/17</p> |                                  |
| DATA                                                                                                                                                        | ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE |

Dr. Damiano João Pereira Lupe  
CRM/PA 1103  
Clínica Neurológica

### PARECER:

05/01/17  
Bom a mot.  
seg. 15  
sem pupa.  
alta Alt do neurologia

Dr. Denilson Pereira de Alencar  
Neurologia  
CRM/PA 5164

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

08 JUN 2017





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Gilvany Pereira da Silva

DA CLÍNICA  
A CLÍNICA

Cirurgia  
Neurologia

ENFERMARIA  
LEITO

|  |
|--|
|  |
|  |

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

TC E el o novo furo

02/01/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

*Gilvany José Venâncio da Silva*  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 1507

PARECER:

08 JUN. 2018

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

08 JUN. 2018

PACIENTE:

Gilvan Pereira

LEITO:

REG.: 87489

| DATA     | HORA | EVOLUÇÃO CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 03/01/17 |      | Paciente vítima de acidente de moto, com escoriações nos membros superiores, dor clavicular & do antebraço, mas estes há dor no momento. Refere fratura de ambos os - 1ª e 2ª clavícula & 1ª e 2ª antebraço; foi avaliado pela ortopedia. Cd. VPM solicita exames de |
| 04/01/17 |      | Paciente evoluindo com melhorias clínicas. Cd. VPM.                                                                                                                                                                                                                  |
| 05/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 06/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 07/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 08/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 09/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 10/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 11/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 12/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 13/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 14/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 15/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 16/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 17/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 18/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 19/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 20/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 21/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 22/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 23/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 24/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 25/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 26/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 27/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 28/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 29/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 30/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |
| 31/01/17 |      | Paciente evoluindo sem intercorrências. Cd. VPM. Dr. Danilo José Pereira Lúpes CRM-PB 460 Clínica Médica CNS 2015323                                                                                                                                                 |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-900




*Gilvan Pereira Eufrásio*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

|                |                                                         |                                                                                                                                                 |            |
|----------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| REGISTRO GERAL | 4.100.042                                               | DATA DE EXPEDIÇÃO                                                                                                                               | 22/09/2012 |
| NOME           | GILVAN PEREIRA EUFRÁSIO                                 |                                                                                                                                                 |            |
| FILIAÇÃO       | IVAN PEREIRA DANTAS<br>GENILDA EUFRÁSIO DANTAS          |                                                                                                                                                 |            |
| NATURALIDADE   | POMBAL-PB                                               | DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                              | 20/12/1998 |
| DOC. ORIGEM    | NASC. N. 19044 FLS. 96 LIV. A-20<br>CARTÓRIO COREMAS-PB |                                                                                                                                                 |            |
| CPF            | 703.568.554-57                                          | <br>Manoel Augusto da Silva Neto<br>ASS. CARTEIRO DO DIRETOR |            |

JOÃO PESSOA - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

08 JUN. 2018



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
**CONSELHO SECCIONAL DO PARANÁ**  
**IDENTIDADE DE ADVOGADO**

**NOME**  
 TRYAGO GLAYDSON LEITE CARREIRO

**PAIS**  
 ANTONIO CARREIRO DE ANDRADE  
 MARIA DO SODORO LEITE CARREIRO

**APRESENTACAO**  
 PONEAL-PA

**DATA DE ASSINATURA**  
 16/09/2004

**ASSINATURA**  
 007.814.794-00

**DATA DE VALIDADE**  
 01/09/2011

**NUMERO DE IDENTIFICACAO**  
 007.814.794-00

**DATA DE VALIDADE**  
 01/09/2011

**TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL** 00080542

**IDENTIFICACAO**  
 IDENTIFICACAO CIVIL PARA FOMOS DA PMA LEGALIS  
 (Art. 13 da Lei 14.126/2004)

**FOTO**

**ASSINATURA**  
 00080542-00000000

**ASSINATURA**  
 00080542-00000000

**ASSINATURA**  
 00080542-00000000

08 JUN 2013



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012711399119  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA 1 0083847272-9 00/00000000 2016

NOME  
IVAN PEREIRA DANTAS

CPF / CNPJ  
04553054477

PLACA  
MNX4529/PB

PLACA ANT / UF  
NOVO PB 9C2KC08205R006928

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MARCA / MODELO  
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB - ANO MOD.  
2004 2005

CAP / POT / CIL  
2 P/149 /CI

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA ÚNICA  
IPVA ISENTO 00/00/0000

VENC. COTA ÚNICA  
1º

PADIA I.P.V.A.  
\*\*\*\*\* 0

PARCELAMENTO / COTAS  
2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 02/09/2016

OBSERVAÇÕES  
REST. BEN. TRIBUTARIO

DOCUMENTO DE FORTÉ OBRIGATORIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

COREMA  
408



Assessoria Veicular da Silva  
Cidade: Aracaju - Estado: Sergipe

09/09/2016  
16373

EXPEDIENTE

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 012711399119 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2016 09/09/2016

VIA 1 04553054477 CPF / CNPJ  
MNX4529/PB

RENAVAM 3 00838472729 MARCA / MODELO  
HONDA/CG 150 TITAN E

ANO FAB - CAT. TARIF. 2004 9 9C2KC08205R006928

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.608/0001-04

16373-0919096-20160909

08 JUN. 2018

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180264071 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILVAN PEREIRA EUFRASIO **Data do acidente:** 02/01/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA DO BRAÇO DIREITO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, ATROFIA NA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR DE FORMA MODERADA. AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ACOMETIDA. RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO PARA EXERCER AS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO OITO GESSADO POR UM PERÍODO DE 45 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** 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 dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## PRESTADOR

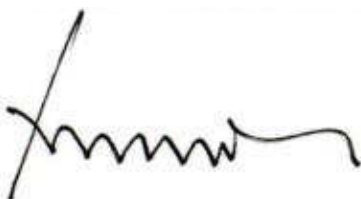
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

F.10-A

*Ivan Pereira Dantas*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

**045.530.544-77**

Nome  
IVAN PEREIRA DANTAS

Nascimento  
19.04.1971

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2322642 DATA DE EXPEDIÇÃO 31 JUL. 1996

NOME IVAN PEREIRA DANTAS

DECLARAÇÃO Manoel Alexandrino  
Maria Pereira Santana

Pombal-PB. 19.04.1971  
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Cas. Nº. 2.661. Fls. 262. Liv. B.11

Cert. Coremas-PB

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.110 DE 20.09.83

08 JUN. 2018



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180264071 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILVAN PEREIRA EUFRASIO **Data do acidente:** 02/01/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

## 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              |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180264071 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILVAN PEREIRA EUFRASIO **Data do acidente:** 02/01/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA DO BRAÇO DIREITO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, ATROFIA NA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR DE FORMA MODERADA. AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ACOMETIDA. RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO PARA EXERCER AS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO OITO GESSADO POR UM PERÍODO DE 45 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** 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 dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## PRESTADOR

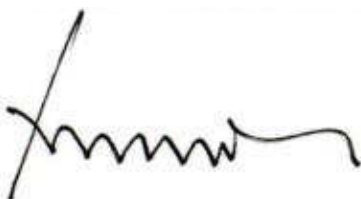
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Gilvan Pereira Eufrásio

Brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade sob nº 4.100.042, CPF nº 703.568.554-57, residente Sítio Pacatonha, zona rural, Coremas, Estado da Paraíba.

Outorgado: **BEL. THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 16.314, Seccional da Paraíba, subseção Pombal, com endereço profissional na Rua Cel. João Carneiro, nº 1 andar, CEP: 58.840.000, Centro da Cidade de Pombal, Estado da Paraíba.

**Confere poderes:** Para o foro em geral, com a cláusula ad judicium - "et extra", em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, inclusive **CONTRA A SEGURADORA LÍDER**, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, **poderes especiais** com fim **ESPECÍFICO PARA DAR ENTRADA E RECEBER SEGURO DPVAT, JUNTO A SEGURADORA LÍDER**, enfim tudo mais praticar para o fiel e cabal desempenho deste mandato, inclusive para representá-lo nas esferas **ADMINISTRATIVA E JUDICIAL**.

POMBAL- Terra de Maringá, em 23/05/2018.

DOCUMENTO ORIGINAL

x Gilvan Pereira Eufrásio

Outorgante

08 JUN. 2018



**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: **3180264071**

Nome do(a) Examinado(a): **GILVAN PEREIRA EUFRASIO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**SITIO PACATONIO, SN - AREA RURAL - Coremas - PB - CEP 58770-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **4100042**

Data e local do acidente: [ **02/01/2017** ] **COREMAS PB**

Data e local do exame: [ **21/06/2018** ] **Pombal** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA**

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO OITO GESSADO POR UM PERÍODO DE 45 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

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

**AO EXAME APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA DO BRAÇO DIREITO EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, ATROFIA NA MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR DE FORMA MODERADA. AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ACOMETIDA. RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO PARA EXERCER AS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.**

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**Limitação funcional do ombro direito**

**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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "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.

Região Corporal (Sequela):

**Ombro direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Dr. Tiago Martins Formiga  
Cirurgião e Cirurgião do Joelho  
CRM-PB 8085 - CIMA-PE 24411  
TDD 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB