
Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190419008

Vítima: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERLANE AUGUSTO MONTEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190419008

Vítima: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GERLANE AUGUSTO MONTEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0231525/09 3 - CPF da vítima: 070.850.694-14 4 - Nome completo da vítima: GERLANE AUGUSTO MONTENHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GERLANE AUGUSTO MONTENHO 6 - CPF: 070.850.694-14
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA ABDISIO MILITAO PRATELUS ADAM 9 - Número: 207 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA CABRAL 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.408-088
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99829-8855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 1178
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/aíós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 09-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre LESÃO CORPORAL EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Hora e data do fato: Às 21:08, do dia 29 de dezembro de 2018.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:08, do dia 1 de julho de 2019.

Local do Ocorrido: BR-230, PRÓXIMO A PRF, VILA CABRAL DE STA. TEREZINHA, C. GRANDE/PB

COMUNICANTE/ VÍTIMA: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO, do sexo feminino, nascida no dia 06/04/1984, com 35 anos de idade, ID: 3.156.509, SEDS/PB, DIARISTA, filha de JOSÉ AUGUSTO MONTEIRO e de MARIA DA CONCEIÇÃO MONTEIRO, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de C. GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA ABDÍSIO MILITÃO PRAZERES DOS SANTOS, 207, bairro VILA CABRAL SANTA TAREZINHA, na cidade de C. GRANDE, PB, celular Nº 98860-3830

TESTEMUNHAS: NÃO HÁ.

ACUSADO(S): NÃO HÁ

HISTÓRICO: Que no dia 29/12/2018, por volta das 21:08 horas, estava saindo da casa do seu irmão às margens da BR-230, nas proximidades do Posto da PRF, na moto HONDA/NXR160 BROS ESD, DE COR PRETA, PLACA NQD-6831/PB conduzida por JORGE BARBOSA DOS SANTOS, companheiro da declarante; Que logo ao entrar na pista, JORGE perdeu o controle da moto, tendo a declarante caído e lesionado a perna esquerda, pois a moto caiu por cima da perna da declarante; Que foi o próprio JORGE que socorreu a declarante levando-a para o Hospital de Traumas onde foi atendida e liberada no mesmo dia após a realização de exames, pois não foi constatada nenhuma fratura; Que registra o presente Boletim de Ocorrência para requerer o seguro DPVAT.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

AUTORIDADE

Hertha de França Costa
HERTHA DE FRANÇA COSTA

COMUNICANTE

Gerlane Augusto Monteiro
GERLANE AUGUSTO MONTEIRO

ESCRIVÃ

Francisca Maria Félix de Lyra
FRANCISCA MARIA FÉLIX DE LYRA



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0231525/09 3 - CPF da vítima: 070.850.694-14 4 - Nome completo da vítima: GERLANE AUGUSTO MONTIRU

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GERLANE AUGUSTO MONTIRU 6 - CPF: 070.850.694-14
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA ABDISIO MILITÃO PRAZES ROSA 9 - Número: 207 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VILA CAJAZE 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.408-088
15 - E-mail: (83) 99829-8855 16 - Tel. (DDD): (83) 99829-8855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 1178 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val rasos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

LIFE ASSESSOR
Assinatura da testemunha
09 JUL 2019
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Joazeiro PB 09-07-2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Gerlane Augusto Montiru

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
PS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.F) Nº:1803380

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/12/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sabrina Cavalcante Pereira Araujo

PACIENTE: GERLANE AUGUSTO
MONTEIRO

CEP:58400002

Nascimento:06/04/1984

Endereço:ABDISIO

Sexo:F

Telefone: 988603830

Cidade: Campina Grande

Idade:034

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe:

RG:

Nº:0

Responsável: GENILDA

CPF:

Profissão:DOMESTICA

Estado Civil:Casado(a)

Data de

CNS:702506340968631

Atend:29/12/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 21:08:50

Médico:

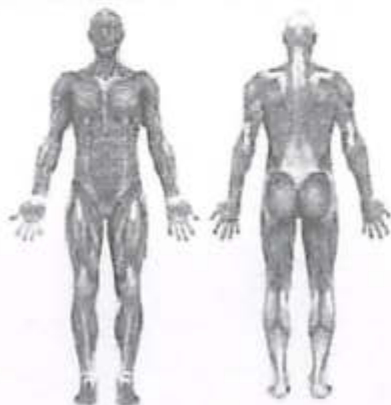
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Corituso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto em direção ao lado esquerdo. Não houve lesões no tórax. Exame físico normal.

ALERGIA:

Nenhuma

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02



EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Ultrassonografia
() Radiografias
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dita de curativo qd.	
2		
3	Dipirona 2 ml	22/05
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. André Vinícius P. de Souza
RESIDENTE CIRURGIA GERAL
CRM-PB 112341

Dr. Danilo

GERLANE AUGUSTO MONTEIRO
 RUA JOSE DE ALMEIDA, 100 - JARDIM SANTA LUCIA - FLORESTA - SP - 05060-000
 CEP: 05060-000 - Fone: (11) 3030-4411 - E-mail: gmontero@uol.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196
 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Mai / 2018
Apresentação 06/05/2019
Data prevista da 04/08/2019
CPF / CNPJ / RAI 070.850.894-14

UC (Unidade Consumidora): 4/165038-1
Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
04/05/18	06/05/19	1000	100	32

Demonstrativo									
001	Consumo em kWh	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
002	Ado. B. Energia	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
003	CONTRIB. LUM. PUBLICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
004	IMPOSTO DE RENDA (0,00%)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
005	MULTA (0,00%)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
006	ATUALIZACAO MONETARIA (0,00%)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Histórico de Consumo (kWh)									
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

3110.11 ad Cobb caza 3173.55 c9 1863.1310

Indicadores de Qualidade									
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

ATENÇÃO
 Faturas em atraso
 Abil/19 92.08



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JORGE BARBOSA DOS SANTOS,
RG nº 2.296.658, data de expedição / / , Órgão
SSP/PB, portador do CPF nº 031.837.884-11, com domicílio na
cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARECISA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ABIDISTO MILTONS PEREIRA DO SANTO, nº 207,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
GERLANE AUGUSTO MONTEIRO, cujo o condutor era
JORGE BARBOSA DOS SANTO.

Veículo: PAS / motocicleta
Modelo: HONDA NXR 150 Bros ESD
Ano: 2013 / 2014
Placa: NQD-6831-PS
Chassi: 9C2KD540ER022974
Data do Acidente: 29/12/18 (2018)
Local e Data:



* Borges Roberto dos Santos
Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

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

6^o

Serviço Notarial - 6º Ofício

Rua Marquês do Herval, 16 - Loja E - Galeria Ed. Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 58100-020 - Fone: (31) 3341-2638

Marcia Silva Junior
Tabela Substituta

Nelvia Mello Lucas
Tabela Substituta

SERVIÇO NOTARIAL
6º OFÍCIO
Rua Marquês do Herval, 16
Loja E - Galeria Ed. Lucas
Campina Grande - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

JORGE BARBOSA DOS SANTOS

Dou fe, Campina Grande/PB - 12/06/2019

Substituta: **NELIA MELLO LUCAS**

Selo Digital: **AJQ16570-4DQC**

Consulte a autenticidade em <https://selo.digital.tpb.jus.br>

Emol R\$9,91 Farpem R\$0,29 MPR R\$0,16 Fepj R\$1,62

Nelvia Mello Lucas
Tabela Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande-PB

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1803380

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/12/2018
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Sabrina Cavalcante Pereira Araujo

PACIENTE: GERLANE AUGUSTO
 MONTEIRO

Endereço: ABDISIO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe:

Responsável: GENILDA

Estado Civil: Casado(a)

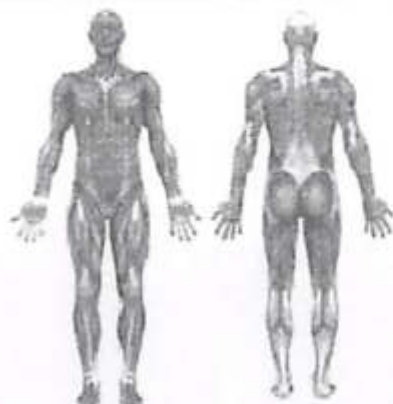
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Creptação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente internado de urgência de moto em colisão, lesa membros superiores. Nega sequelas anteriores, ou locais. Exame em membros superiores.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02



EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
 () Gasometria arterial
 () Ultrassonografia
 () Radiografias
 () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dita de cirurgia qf.	
2		
3	Dipirona 2 ml (14)	22:05
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. André Vinícius P. de Souza
 RESIDENTE CIRURGIA GERAL
 CRM-PB 10341

Luciano M. Braga
 TCC DE EMERGÊNCIA
 CRM-PB 10341

RECER MÉDICO
Hontoprediz #

Yaciente víctima de accidente
de moto presentada por sus
hermanos (K) e hijo (K)
Asociación de parientes.

CD: Cystitis

ANK

getroffen durch das
ATG da das Gefäß

Dr. Wagner Salazar
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5043



() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Gewicht = 1000g monatlich

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

[illegible]

PACIENTE: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO
DATA DO EXAME: 29.12.2018
RADIOGRAFIA DE PÉ

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE PERNA

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 8481

Dra. Milhem Albino
CRM/PB 8435

Dra. Marcela Farias
CRM/PB 8560

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Pêndes A Costa
CRM/PB: 8620



Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Gerlane Augusta Moura</i>			
End: <i>R- Abdias Abidiao M.P.</i>		Bairro: <i>dos Santos</i>	
Data de Nascimento: <i>06-04-84</i>		Documento de Identificação: <i>M=207 Vila</i>	
Queixa: <i>Acid de</i>	Data do Atend.: <i>29-12-18</i>	Hora: <i>21h</i>	Documento: <i>—</i>
Acidente de trabalho? () Sim () Não			

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom () Regular () Baixo	Aspecto: ☒ Calmo () Fácis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial: <i>730 x 100 mmHg</i>	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☒ Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre ☒ Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- Cirurgião*
(☒) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Mahayna Carvalho 34
719-ENE
Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISICÃO DE EXAM

NOME:	Gabriel Augusto Moreira										PRONTUÁRIO	
IDADE:	SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:	LEI
	M	F	B	P	A							

DADOS CLÍNICOS:

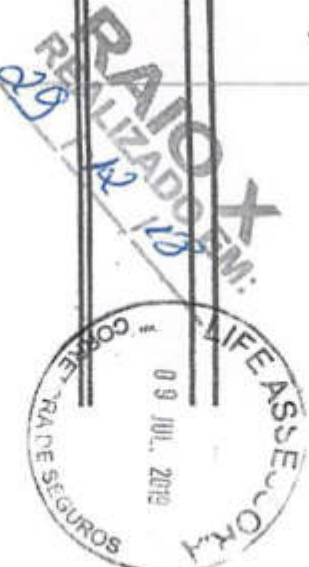
MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx tórax upright AP e perfil
Rt de abdome Ao e chilo.

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	29.12.18		
		HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. André Vitorino P. de Souza
RESIDENTE CIRURGIA GERAL
CRM-PB 11.341



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1803380

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/12/2018
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Sabrina Cavalcante Pereira Araujo

PACIENTE: GERLANE AUGUSTO
 MONTEIRO

Endereço: ABDISIO

CEP: 58400002

Nascimento: 06/04/1984

Sexo: F

Telefone: 988603830

Idade: 034

Bairro: CENTRO

RG:

Nº: 0

CPF:

Profissão: DOMESTICA

Data de

CNS: 702506340968631

Atend: 29/12/2018

CONVÊNIO: SUS

Hora: 21:08:50

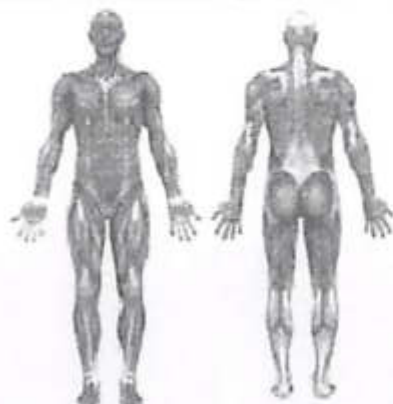
Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Creptação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente internado de urgência de moto em colisão, lesa membros superiores. Nega sequelas anteriores. Exame físico em anexo.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02



EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
 () Gasometria arterial
 () Ultrassonografia
 () Radiografias
 () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dita de cirurgia qf.	
2		
3	Dipirona 2 ml (14)	22:05
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. André Vinícius P. de Souza
 RESIDENTE CIRURGIA GERAL
 CRM-PB 10341

Luciano M. Braga
 TCC DE EMERGÊNCIA
 CRM-PB 10341

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ortopedico #

*Paciente vítima de acidente
em moto apresentando lesão em
tórax e fêmur.
Assistência de ortopedico.*

CD: Curativos

AIKE

*retorno ambulatorial
Alta da ortopedico*

*Dr. Wagner Salazar
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2042*



DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

- ☐ Centro cirúrgico _____
☐ Internação (setor) _____
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
- ☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia
☐ Decisão Médica
☐ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

G. milha Ferreira monteiro

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

PACIENTE: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO
DATA DO EXAME: 29.12.2018
RADIOGRAFIA DE PÉ

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE PERNA

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 8481

Dra. Milhem Albino
CRM/PB 8435

Dra. Marcela Farias
CRM/PB 8560

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Pêndes A Costa
CRM/PB: 8620





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gervane Augusto Monteiro		
End:	R- Abdias Abdias M.P.	Bairro:	dos Santos
Data de Nascimento:	06-04-84	Documento de Identificação:	M=207 Vila
Queixa:	Doi de	Data do Atend.:	29-12-18
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

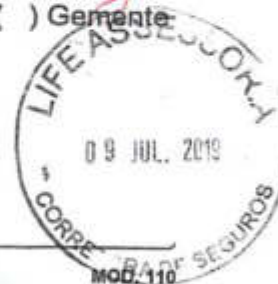
Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:	730 x 100 mmHg	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- (x) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



Mahayna Carvalho
COREN-PA 19719-ENE

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXA

NOME:	Gabriel Augusto Moreira										PRONTUÁRIO	
IDADE:	SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:	LEI
	M	F	B	P	A							

DADOS CLÍNICOS:

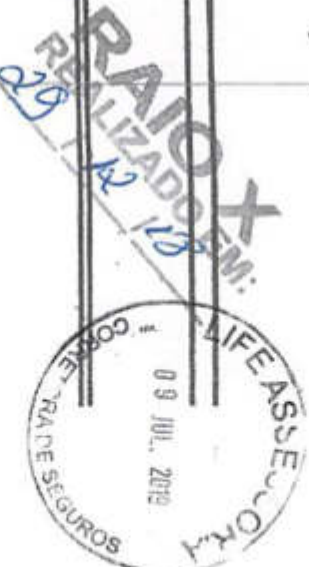
MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx tórax upright AP e perfil
Rt de abdome Ao e chilo.

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	29.12.18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. André Vitorino P. de Souza
RESIDENTE CIRURGIA GERAL
CRM-PB 11.341





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA		DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2013	
V-02 P-234		3.156.509 -2 VIA	
		NOME GERLANE AUGUSTO MONTEIRO	
		FILIAÇÃO JOSE AUGUSTO MONTEIRO MARIA DA CONCEIÇÃO MONTEIRO	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
CAMPINA GRANDE-PB		06/04/1984	
DOC ORIGEM			
NASC.N.11419 FLS.562 LIV.A.12			
CARTORIO FAGUNDES-PB			
CPF 070.850.694-14			
CARTÃO DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29-03-83	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA		DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2013	
V-02 P-234		3.156.509 -2 VIA	
		NOME GERLANE AUGUSTO MONTEIRO	
		FILIAÇÃO JOSE AUGUSTO MONTEIRO MARIA DA CONCEIÇÃO MONTEIRO	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
CAMPINA GRANDE-PB		06/04/1984	
DOC ORIGEM			
NASC.N.11419 FLS.562 LIV.A.12			
CARTORIO FAGUNDES-PB			
CPF 070.850.694-14			
CARTÃO DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29-03-83	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

Nº 013929302372

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA DE EMISSÃO: 29/01/2018

DATA DE VENCIMENTO: 29/01/2018

DATA DE PAGAMENTO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DETRAN

CONTRAN

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

PB Nº 013929302372 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DATA DE EMISSÃO: 29/01/2018

DATA DE VENCIMENTO: 29/01/2018

DATA DE PAGAMENTO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018



53362-1326580-20130129

CNPJ 08.345.608/0001-04

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

53362

29/01/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

DATA DE OUTUBRO: 29/01/2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190419008 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GERLANE AUGUSTO MONTEIRO
 DATA DO ACIDENTE 29/12/2018 CPF DA VÍTIMA 070.850.694-14
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É GERLANE AUGUSTO MONTEIRO
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº 207 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VILA CABRAL
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.409-088
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09-07-2019
 IDENTIDADE 3.156.509.551/13
 ASSINATURA Gerlane Augusto Monteiro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 09 JUL. 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JORGE BARBOSA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2296658 SSP PB

CPF
031.837.884-11

DATA NASCIMENTO
23/06/1974

FILIAÇÃO
MANOEL JOAQUIM DOS SANTOS
MARIA DE FÁTIMA BARBOSA DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC CATAR A

Nº REGISTRO
04688466652

VALIDADE
03/04/2024

1ª HABILITAÇÃO
06/07/2009

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1674283830

OBSERVAÇÕES

PROIBIDO PLASTIFICAR
1674283830

Jorge Barbosa dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
03/04/2019

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

87723681523
PB038780313

PARAÍBA





09/18 75.60
Faturas em atraso

Limite de Tensão (V)	Apurado	Limite de Tensão (V)
2,00	2,00	2,00
2,10	2,10	2,10
2,20	2,20	2,20
2,30	2,30	2,30
2,40	2,40	2,40
2,50	2,50	2,50
2,60	2,60	2,60
2,70	2,70	2,70
2,80	2,80	2,80
2,90	2,90	2,90
3,00	3,00	3,00
3,10	3,10	3,10
3,20	3,20	3,20
3,30	3,30	3,30
3,40	3,40	3,40
3,50	3,50	3,50
3,60	3,60	3,60
3,70	3,70	3,70
3,80	3,80	3,80
3,90	3,90	3,90
4,00	4,00	4,00
4,10	4,10	4,10
4,20	4,20	4,20
4,30	4,30	4,30
4,40	4,40	4,40
4,50	4,50	4,50
4,60	4,60	4,60
4,70	4,70	4,70
4,80	4,80	4,80
4,90	4,90	4,90
5,00	5,00	5,00
5,10	5,10	5,10
5,20	5,20	5,20
5,30	5,30	5,30
5,40	5,40	5,40
5,50	5,50	5,50
5,60	5,60	5,60
5,70	5,70	5,70
5,80	5,80	5,80
5,90	5,90	5,90
6,00	6,00	6,00
6,10	6,10	6,10
6,20	6,20	6,20
6,30	6,30	6,30
6,40	6,40	6,40
6,50	6,50	6,50
6,60	6,60	6,60
6,70	6,70	6,70
6,80	6,80	6,80
6,90	6,90	6,90
7,00	7,00	7,00
7,10	7,10	7,10
7,20	7,20	7,20
7,30	7,30	7,30
7,40	7,40	7,40
7,50	7,50	7,50
7,60	7,60	7,60
7,70	7,70	7,70
7,80	7,80	7,80
7,90	7,90	7,90
8,00	8,00	8,00
8,10	8,10	8,10
8,20	8,20	8,20
8,30	8,30	8,30
8,40	8,40	8,40
8,50	8,50	8,50
8,60	8,60	8,60
8,70	8,70	8,70
8,80	8,80	8,80
8,90	8,90	8,90
9,00	9,00	9,00
9,10	9,10	9,10
9,20	9,20	9,20
9,30	9,30	9,30
9,40	9,40	9,40
9,50	9,50	9,50
9,60	9,60	9,60
9,70	9,70	9,70
9,80	9,80	9,80
9,90	9,90	9,90
10,00	10,00	10,00

5a10.a21a.60d5.820d.74fe.6fcc.bb2b.d581

[illegible][illegible]

Enviado por Internet em 2015-02-15 14:36
 2015-02-15 14:36
 Mensagem recebida de: [Redacted]

Canal de contato

UC (Unidade Consumidora):

4/165038-1

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2019	07/01/2019	05/02/2019	070.850.594-14

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196
Acesse: www.energisa.com.br

© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd

[illegible]

Canvassers: 09/05/2015 09:00 AM - 09/05/2015 09:00 AM

GERBLANE AUGUSTO MONTERRO
LACTATION AND POST-WEANING WEIGHT LOSS IN DAIRY CATTLE
E-mail: augusto.monterro@unl.edu

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190419008 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231525/19

Vítima: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO

CPF: 070.850.694-14

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 29/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERLANE AUGUSTO MONTEIRO : 070.850.694-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/07/2019
Nome: GERLANE AUGUSTO MONTEIRO
CPF: 070.850.694-14

GERLANE AUGUSTO MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA