
Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664530

Vítima: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664530

Vítima: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 24/07/2019, emitida pelo Dr. KLÊNIO FARIAS, CRM nº 11094 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

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: 3 - CPF da vítima: 055.218.864-60 4 - Nome completo da vítima: Geovânildo de Medeiros Silva

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

5 - Nome completo: Geovânildo de Medeiros Silva 6 - CPF: 055.218.864-60
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R- Srª José dos Santos Silva 907
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 1831986634900

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 10418 ☐ 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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, João Pessoa - PB 28/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



3487 - 053 - 10418-2



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00281.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00281.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 12:22 horas do dia 14 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Geovanildo de Medeiros Silva**, conhecido(a) por Ninho, CPF nº 055.218.864-60, RG nº 2704788 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Serralheiro, filho(a) de Waldenira de Medeiros Silva e Geovan Pessoa de Azevedo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/11/1981 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria José dos Santos Silva, Nº 407, complemento CASA 102, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nas Proximidades do Posto de Gasolina Cruzeiro do Sul, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

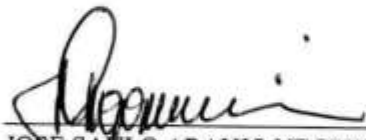
Local: Ranieri Mazzile, Empasa, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/07/19 09:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

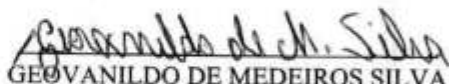
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com o veículo/motocicleta, marca e modelo: HONDA CG 160 START, de cor preta, ano e modelo: 2019, chassi: 9C2KC2500KR036212, registrado em nome de Antonio Ferreira dos Santos - CPF: 011.763.634-76, amigo do notificante; QUE relata que seguia na faixa da esquerda, quando um veículo, não sabendo especificar marca e modelo invadiu a faixa do notificante chegando a colidir com o notificante; QUE o notificante perdeu o controle e veio a cair ao chão; QUE o condutor do veículo tomou destino ignorado; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº -1758/2019, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 23/11/2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por TERCEIRO; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar

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

João Pessoa/PB, 14 de novembro de 2019.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA
Noticiante

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: 3 - CPF da vítima: 055.218.864-60 4 - Nome completo da vítima: Geovânildo de Medeiros Silva

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

5 - Nome completo: Geovânildo de Medeiros Silva 6 - CPF: 055.218.864-60
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R- M^{ra} Jose dos Santos Silva 707
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Valentinista 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 1831986634900

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:
☒ RECUZO 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: 3487 ☐ CONTA: 10418 ☐ 2
(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 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 28/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CERTIDÃO

Nº. 1758/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº246095 e Prontuário nº 2018.10.002193 pertencentes ao paciente **GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA** que foi atendido dia 18/07/2019 às 10H39min, vítima de queda de moto, apresentando escoriações pelo corpo e trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de patela esquerda. Indicado tratamento conservador.

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

João Pessoa, 23 de outubro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da rate fixa/fixa da energia elétrica - Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 55071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.615.823-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Geovânildo de Medeiros Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.218.864/60

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Geovânildo de Medeiros Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.218.864/60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

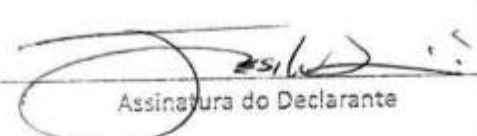
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 28/11/19


Assinatura do Declarante

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

Ficha Nr: 246095 Atd: Nao Regulac
Data: 18/07/2019
Hora: 10:39:00
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA
CNS: 162552053560004 Sexo: M IDENTIDADE: 2704788 Fone: 999189256
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1981 Id: 37 ano(s)
End.: RUA CAPITAO ANANIAS FERREIRA DA NOBREGA, 69
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: WALDENIRA DE MEDEIROS SILVA Pai: GEOVAN PESSOA DE AZEVEDO

Pront.

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SERRADOR SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA

Estado Civil: CASADO(A)

Escolaridade:

Resp.: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 999189256 / IDENTIDADE: 2704788
Pr edencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ PELA MANHA NO CRISTO COND

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[X] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO
ESCORIACOES PELO CORPO E TRAUMA EM MIE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente cl história de queda de moto/ciclo, em um de copos, se a
der de alta intensidade em região de joelho esquerdo e
limitação do movimento e edema do mesmo. Negou de mais

Diagnostico *queixas nos demais membros* *conduta*

poli-cto Rx do joelho +
Avul. da entorse da

Prescrição

Horario da medicacao

① *Levate 0,5mg + AD*

② *Ketorolac 30mg 0,5mg + AD*

Analgesia +
Alto da ar. gr

Dra. Monize Spazzapan Martins
Médica Residente Clínica Geral
CRM-PB 11490

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

*Antes de
fazer o pie do Ei
hoje: 1x. patch em
deriva; O: litu...*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucão
	1			
	1			

Eng...
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Guarilberto de M. Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do M

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 37a	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 16	LEITO: 158
DATA DE ADMISSÃO: 18/07/2019		DATA DE ALTA: 24/07/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE PÁTELA E				CID S.82.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx demonstrando solução de continuidade óssea em patela					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de **FRATURA DE PÁTELA ESQUERDA**, foi submetido(a) a tratamento **CONSERVADOR**. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *ATB + aine + analgesico*

RETORNO:

Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **7** dias para revisão. (DR KARTENEY)

Dr. Klênio Farias da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 111004

24/07/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO CIVIL DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



Geovanildo de Medeiros Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.704.788 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/10/2014
NOME	GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA		
FILIAÇÃO	GEOVAN PESSOA DE AZEVEDO WALDENIRA DE MEDEIROS SILVA		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	20/11/1981
COG ORIGEM	CERT. NASC. Nº22212 - LIV.A-22 - FLS.45 - CARTORIO 3ºJOÃO PESSOA PB.		
055.218.864-60			
LEI Nº 7.116 DE 29/04/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014665890400

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

DATA DE REGISTRO 20/05/2019
DATA DE LICENCIAMENTO 20/05/2019

VIA 1 0118914561-5 00/00000000 2019

NOME ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

PLACA 011763634-76

CHASSI 9C2KC2560RS029213

COMBUSTIVEL GASOLINA

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

ANO FAB 2015

ANO MOD 2015

COR PRE DOMINANTE PRATA

CAP/POT/CIL 2 2/162 /CI

CATEGORIA FARTIC

VENC/COTAS 1º

1 IPVA COPIA EM 00/00/0000

2º

3º

FAIXA I PVA 0

PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 30,00

IOF (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 30,00

DATA DE PAGAMENTO 20/04/2019

SEM RESERVA DE LICENCIAMENTO

DATA DE REGISTRO 20/05/2019

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

PB Nº 014665890400 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 2019 DATA EMISSÃO 02.05.2019

VIA 1 011763634-76 PLACA 0800324-76

RENAVAM 01189145615 UNICHA 09 160 51ART

ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

PREMIO 30,00 COTA 1

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

2019-05-02 10:10:00

FEU-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664530 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 3.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Geovanildo de Medeiros Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão serviçalheiro, residente e domiciliado à Rua Maria José S. Silva nº 404, bairro Valentina, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 2.704.788, SSP/ e CPF nº 055.218.864-60.

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão aproveitado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Leite Duarte nº 124, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 105.4562 SSP/ PB e CPF nº 155.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Geovanildo de Medeiros Silva, ocorrido em 18/07/15, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 14 de novembro de 2019.

Geovanildo de M. Silva
Outorgante
CPF Nº 055.218.864-60

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

1º OFÍCIO DE NOTAS
SERVIDOR DE MANAQUARA

Sel. Rômulo Vieira Batista
Rua José Augusto, 40 - 5º andar
CEP: 58056-000 - Fone: (33) 3333-3333

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-052657

Reconheço por autenticidade a firma de:
GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Dou fe, em testemunho da verdade. João Pessoa - PB, 14/11/2019 12:58:09
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJK10292-AIC1
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tpb.jus.br>

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

SERVIÇO NOTARIAL
VIEIRA BATISTA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Geovanildo de Medeiros Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão serviçalheiro, residente e domiciliado à Rua Maria José S. Silva nº 404, bairro Valentina, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 2.704.788, SSP/ e CPF nº 055.218.864-60.

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão aproveitado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Leite Duarte nº 154, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 105.4562 SSP/ PB e CPF nº 155.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Geovanildo de Medeiros Silva, ocorrido em 18/07/15, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 14 de novembro de 2019.

Geovanildo de M. Silva
Outorgante
CPF Nº 055.218.864-60

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

1º OFÍCIO DE NOTAS
SERVIDOR DE MANAUA

Sel. Rômulo Vieira Batista
Rua José de Almeida, 40 - 1º andar
CEP: 58056-384 - Fone: (33) 3333-3333

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-052657

Reconheço por autenticidade a firma de:
GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Dou fe, em testemunho da verdade. João Pessoa - PB, 14/11/2019 12:58:09
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJK10292-AIC1
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tpb.jus.br>

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

SERVIÇO NOTARIAL
VIEIRA BATISTA