



Número: **0801587-80.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **27/04/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.918,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

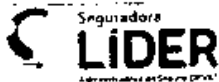
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30088 871	23/04/2020 11:06	2714897_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E RESGATE DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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

031.444.354-58

Gleydson de Lima Albuquerque

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Gleydson de Lima Albuquerque
CPF titular da conta: 031.444.354-58
Profissão: ESTUFADOR
Endereço: Juliana Gadelha
Número: 312
Complemento:
Bairro: Jd. Europa
Cidade: Santa Rita
Estado: PB
CEP: 58300-000
Telefone (DDD): 99342-1170
E-mail: alexandracasaquarte@hotmail.com

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

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

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

☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

3348

DV

CONTA

6348

DV

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

AGD

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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.

Santa Rita 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Gleydson de Lima Albuquerque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017

11

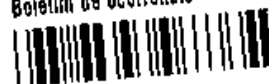


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/04/2020 11:06:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042311061598500000028926050>

Número do documento: 20042311061598500000028926050

Num. 30088871 - Pág. 1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTEFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Número: 1377, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos ONZE dias do mês de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). **ANTONIO ALVARES DE FARIAS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 15h:57min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE, conhecido por GLEYDSON, Identidade nº 2.404.780-SSPPB, CPF nº 031.474.354-58, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: estofador, filho(a) de Laelso Cavalcante De Albuquerque E De Marineide De Lima Albuquerque, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/05/1978 (39 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Julieta Gadelha, 312, Loteamento Jardim Europa 2, tendo como ponto de referência: PROXIMO A IGREJA CATÓLICA, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98772-1073.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 03 de 09 de 2017;
- 3) HORÁRIO: 12h:15min;
- 4) LOCAL: NA RUA COELHO NETO, LOTEAMENTO JARDIM EUROPA 2;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITTY-TRAUMINHA;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM, UMA MOTOCICLETA;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

UMA MOTOCICLETA HONDA CG 150 START, DE COR VERMELHA, FLEX, ANO MODELO 2015, CHASSI 9C2KC1670FR547751, DE PLACA QFM 2209 MUNICÍPIO DE SANTA RITA/PB, DE PROPRIEDADE DO MESMO.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA QUANDO DERRAPOU CAINDO AO CHÃO E NO MOMENTO DA QUEDA FRATUROU O PUNHO DIREITO; DISSE QUE FOI O SEU CUNHADO, IRMÃO E ESPOSA QUE O SOCORREU CONDUZINDO-O AO TRAUMINHA, ONDE DEU ENTRADA CONFORME A CERTIDÃO DE Nº 1626/2017, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE NÚMERO 58047 E PRONTUÁRIO 2017.09.0311 DO DIA 03/09/2017 ÀS 13h31 min COM FRATURA NO RÁDIO DISTAL DIREITO, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO DIA 13/09/2017 E ALTA MÉDICA NO DIA 14/09/2017.

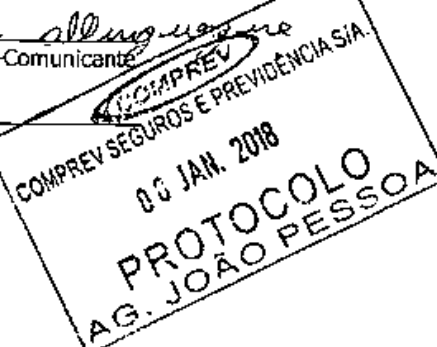
9) OBSERVAÇÕES:

NADA A CONSTAR

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitel.

Gleydson de Lima Albuquerque
GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE - Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIR.....



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 e 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: GLEYSON DE LIMA ALBUQUERQUE CPF da Vítima: 031.474.354-58 Data do Acidente: 03-09-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	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.

Santa Rita, 12 de dezembro 2017

Local e Data

Gleyson de Lima Albuquerque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





Comprovação de ato declaratório



Nº DA
DE
SAÚDE

CERTIDÃO

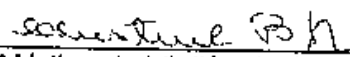
Nº. 1626/2017

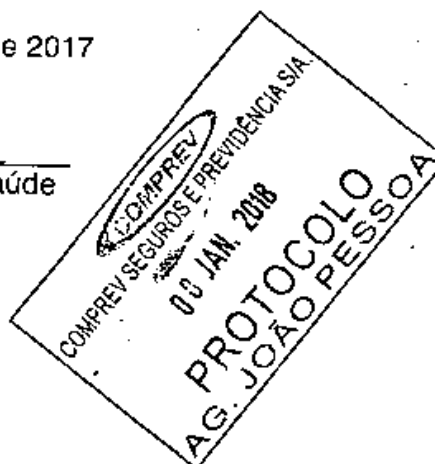
Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 58047 e Prontuário Nº 2017.09.0311 pertencentes à **GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE** que foi atendido dia 03/09/2017 às 13H31min, vítima de queda de moto, apresentando trauma perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura rádio distal direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/09/2017 com alta médica dia 14/09/2017.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de outubro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000006748-5

Nr. da Autenticação 231389DC22097E65



12

Comprova de residência



Fatura Mensal Número do Cartão: 525965XXXXX3655 Atendimento e Clientes: 60249009 Demais Localidades: 0800 9409009		Vencimento da Fatura 28/10/2017	Total da fatura R\$ 50,00	Pagm R\$
CTG RECIFE PE PLS JOSE EDUARDO DA SILVA AV MARIA ROSA S8 MANAIRA 58038-460 JOAO PESSOA PB				
721307021 98868 21000044754 30 171017 Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017				
Demonstrativo				
Data Descrição 13/09 TOTAL DA FATURA ANTERIOR 28/09 OBRIGADO PELO PAGAMENTO Subtotal Nacional JOSE EDUARDO DA SILVA 525965XXXXX3655 Abonimentações Nacional: 13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 0204 Subtotal Nacional	Cidade/Pais Valor Original Cotação Crédito	Total Nacional Total Internacional Total da Fatura		

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 00 JAN, 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA





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

0800 221206 ou 0800 221206

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gleydson de Lima Albuquerque inscrito
(a) no CPF sob o Nº 031.474.354-58 do sinistro de DPVAT cobertura um veículo da Vítima
Gleydson de Lima Albuquerque inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.474.354-58 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

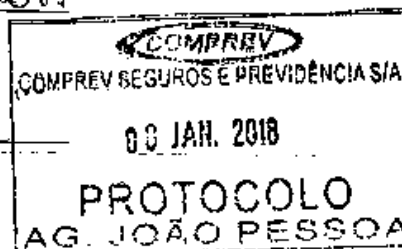
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Muritiba</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 99342-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98660 2858</u>

João Pessoa 27 de Dezembro de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



DLR01.001 V001/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO SURITY
PACIENTE: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
Nº 056-354 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1582
Paciente: CNPJ:

Ficha Nº: 58047 Atd: Nao Reg
Data: 03/09/2017
Hora: 13:31:55
Recepcionista: MARILENE AUGUSTO F
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE
Nº: 766303761635177 Sexo: M IDENTIDADE: 2404780 Fone: 987721073
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/05/1978 Id: 39 ano(s)
End.: R. JULIETA GADELHA, 312 JD EUROPA II
Bairro: TIRIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB
Mãe: MARINEIDE DE LIMA ALBUQUERQUE Pai: LAELSO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTOFADOR EM GERAL Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA-ROSANGELA

Rel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: RESIDENCIA

Documentacao medica - hospitalar



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Última de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 12 HS PX DE CASA

Última de violência por: NAO

Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

Idade: FR:
Sexo: TP:
Peso: Altura:
Temperatura: IMC:
Frequência Cardíaca: QFR:

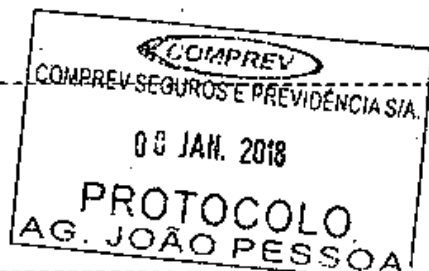
☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vômito

Lesão Principal

Queda de moto, nua de costas, com trauma em punho. D

Observação

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)



Assinatura

Conduta

Assinatura

Horário da medicação

Roberto Fries de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho



Psicologia 04.09.2017

Atendimento psicológico + Orientações: (Evolução anamnéica)


Suelio Moreira Torres da Silva
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRP 13 0365

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

De:	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

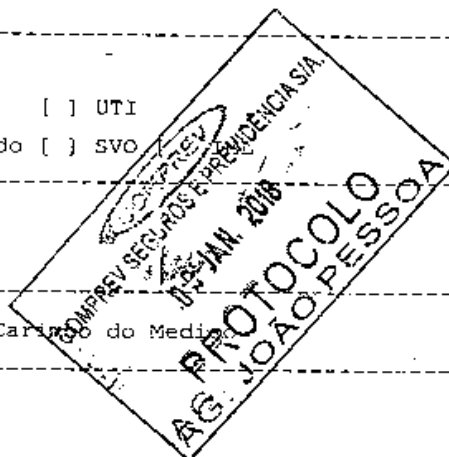
PROCEDIMENTO REALIZADO

SITUAÇÃO DO PACIENTE

Residência: ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
Alta a pedido: ☐ Enfermaria ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Aguiar Lima, HENRIQUE</u>		Registro: <u>2017090311</u>	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:
Data: <u>13/09/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Luis Nery Costa</u>		1º Assistente: <u>Dr. Roberto</u>
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: J: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>Fratura do osso do pé</u>			<u>5525</u>
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<u>Crise de síndrome do túnel do carpo</u>			
<u>(filap + suturas)</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 () Não
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 () Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente em decúbito dorsal com membros superiores e inferiores flexionados.

Incisão: Incisão sobre o nervo (2). (Vias livres)

Achados: Acesso por vias livres. Nervos encontrados de forma saudável (2).

Conclusão: Acesso a vias livres e passagem de fios 2 e 5 no IT = 3 nervos encontrados. (Vias livres) com fraturas de osso e de cálcio.

Conduta: Sutura por fios e bolões no ponto. curativos.

Conduta: Fato livre

Fechamento:

OBS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MÉDICO/CRM

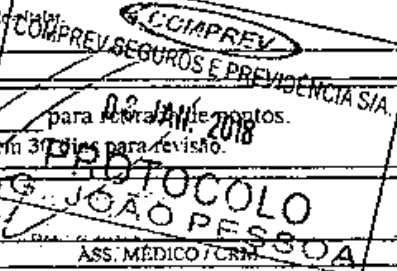
Rua Aq. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangaheira II, João Pessoa - PB.



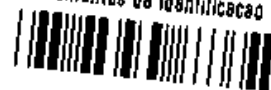


LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Gloriosa Ana Alencar</u>				PRONTUÁRIO Nº: <u>2014 09 03 11</u>	
IDADE:	SEXO:	END:	CLÍNICA:	RNF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: <u>03/09/14</u>		DATA DE ALTA: <u>14/09/14</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
HISTÓRIA DO DOENÇA:				CID: <u>S12.5</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Infarto do miocárdio</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Reabilitação cardíaca</u>					
FARMACOTERAPIA MEDICAMENTOSA: <u>(Aloca + Paracetamol)</u>					
ANÁLISES PATOLÓGICAS:					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO: <u>História de infarto do miocárdio, sem complicações.</u>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA:					
DIETA:					
REPOUSO: Retorno em casa por <u>14</u> dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em <u>14</u> dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>14</u> dias e com esforço maior em <u>14</u> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</u>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>60</u>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <u>14/09/14</u>					
Ao Ambulatório do <u>14/09/14</u>					
DATA: <u>14/09/14</u>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar					
Para: CIVIL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



Documentos de identificação



894104119

GLAYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

2404780 SEP 78

031.474.354-58 01/05/1978

LAELSO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE MARINIDE DE LIMA ALBUQUERQUE

27/01/2019 07/05/1999

894104119

JOAO PESSOA, PB

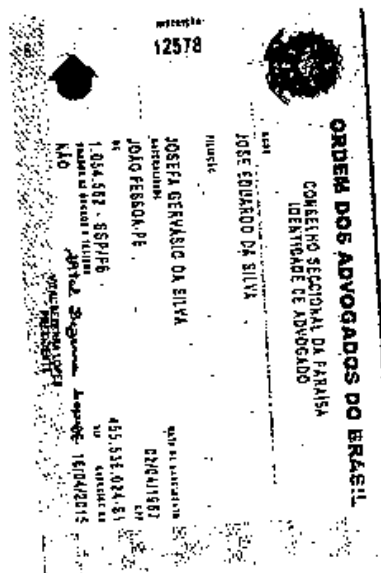
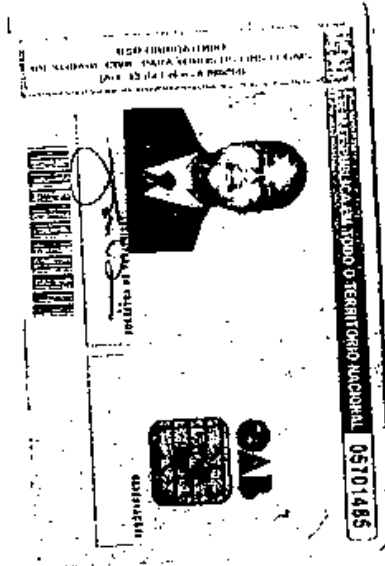
28/01/2014

04785863050

PROT. 27989300

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Documentos de identificação



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 013747470466
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 PRT 20170000403098

VIA 1 DOB. RENAVAM 0106785352-6 00/00000000 2017

LAÇARE 00403098

03147435458 03147435458 QFM2209/PB

PLACA ANTAR NOVO PB 9C2KC16T0FR547751

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG150 START ANO 2015 ANO 2015

2 9/149 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º VENC./COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00000000 10F (R\$) 00000000 PREMIO TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 10/10/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

SANTA RITA PB 11/12/2017 42630

SEGURO OBRIGATORIO
 TRANSPORTAÇÔES OU TRAFEGO - SEGURO DPVAT

PB N° 013747470466 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 0600 022 1204

EXERCICIO 2017 DATA EMISSÃO 11/12/2017

VIA 03147435458 QFM2209/PB

01067853526 HONDA/CG150 START

2015 9C2KC16T0FR547751

PRÊMIO TARIFÁRIO

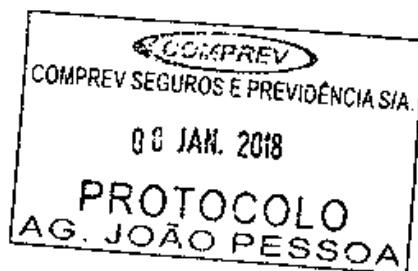
FMS (R\$) 00000000 DETRAN (R\$) 00000000 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000 SEGURO PAGO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 10/10/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 09.245.608/0001-04
 42630-0904409-20171211

42630



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180028866 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de rádio direito.

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhando à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180028866 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, DEFORMIDADE ÓSSEA HIPERTRÓFICA E DESVIO DO PUNHO DIREITO, REDUÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO, ROTAÇÃO, SUPINAÇÃO E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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

Procuração



OUTORGANTE:

Gleydson de Jesus Albuquerque
brasileiro(a), estado civil casado, profissão estofador,
CI RG nº 2.404.780,
CPF/MF nº 031.474.354-58, residente e domiciliado(a) à Rua
Isabella Gadella Nº 312 Jardim Europa
Cidade de Santa Rita Estado
Paraíba, CEP: 58300000, telefone
987721073, (83) 99105-5363/99342-1170

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV SEGUROS

03 JAN 2018

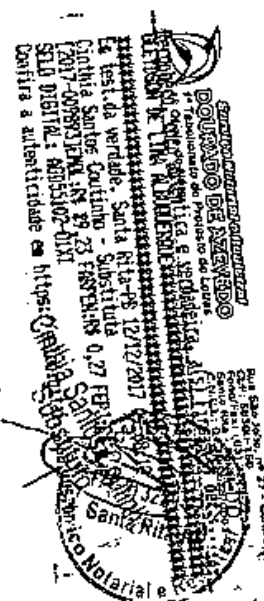
PR

AG. JOA

DOURADO DE AZEVEDO

Santa Rita 12 de 12 de 20 17

x Gleydson de Jesus Albuquerque
OUTORGANTE



**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

Nome do(a) Examinado(a): **GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE** Sinistro: **3180028866** Data: **03/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JULIETA GADELHA, 312 - JD EUROPA - Santa Rita - PB - CEP 58302-185**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2404780**

Data local do exame: [**24/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DISTAL DO RÁDIO À DIREITA. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, DEFORMIDADE ÓSSEA HIPERTRÓFICA E DESVIO DO PUNHO DIREITO, REDUÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO, ROTAÇÃO, SUPINAÇÃO E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO PUNHO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Nº Sinistro: 3180028866

Vítima: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180028866**.

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 12250957

Pag. 01533/01534 - carta_01 - INVALIDEZ



00020767



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Sinistro: 3180028866

Vítima: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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 **3180028866** 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** 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

Pag. 00689/00690 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12271002



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12333907

A/C: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Nº Sinistro: 3180028866
Vitima: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE
Data do Acidente: 03/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 000006748-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01339/01340 - carta_15R - INVALIDEZ

00020670

