
Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335428

Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERLANE CHAVES GOUVEIA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190335428

Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERLANE CHAVES GOUVEIA

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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335428

Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERLANE CHAVES GOUVEIA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335428 **Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA**

Data do Acidente: 03/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190335428

Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERLANE CHAVES GOUVEIA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **GERLANE CHAVES GOUVEIA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **0000026844-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 013.682.604-03 Nome completo da vítima: Galvane Chaves Gouveia

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

Nome completo: Galvane Chaves Gouveia CPF: 013.682.604-03
Profissão: Redator Endereço: Telegrafista Chateaubriant B. Flo. Número: 469 Complemento: 32.22/62 201
Bairro: Mugu Magro Cidade: São Pessoa Estado: PB CEP: 58066-120
E-mail: _____ Tel.(DDD): 8398847-2506

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0037 CONTA: 26844 9
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Galvane Chaves Gouveia

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV
COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAR 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 013.682.604-03 Nome completo da vítima: Galvane Chaves Gouveia

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

Nome completo: Galvane Chaves Gouveia CPF: 013.682.604-03
Profissão: Redator Endereço: Telegrafista Chateaubriant B. Flo. Número: 469 Complemento: 32.22/62 201
Bairro: Mugu Magro Cidade: São Pessoa Estado: PB CEP: 58066-120
E-mail: _____ Tel.(DDD): 8398847-2506

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0037 CONTA: 26844 9
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019
Nome: Galvane Chaves Gouveia
CPF: 013.682.604-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____

COMPREV
COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAR 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 013.682.604-03 Nome completo da vítima: Galvane Chaves Gouveia

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

Nome completo: Galvane Chaves Gouveia CPF: 013.682.604-03
Profissão: Redator Endereço: Telegrafista Chateaubriant B. Flo. Número: 469 Complemento: 32.22/62 201
Bairro: Mugu Magro Cidade: São Pessoa Estado: PB CEP: 58066-120
E-mail: _____ Tel.(DDD): 8398847-2506

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0037 CONTA: 26844 9
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Galvane Chaves Gouveia

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV
COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAR 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 013.682.604-03 Nome completo da vítima: GILVANE CHAVES GOMES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: GILVANE CHAVES GOMES CPF: 013.682.604-03
 Profissão: Recebeiro Endereço: Telegrafista Chateaubruno B. F. Número: 469 Complemento: 32.22/Ap 201
 Bairro: Migu Magro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58066-120
 E-mail: _____ Tel.(DDD): 3398847-2506

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

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos abaixo)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 ☐ CONTA: 26844 ☐ 9
 (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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e 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.

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 LIDER 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019
 Nome: Gilvane Chaves Gomes
 CPF: 013.682.604-03

(*) Assinatura de quem assina A RDO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MasterCard

débito

603689 0010 47060 8639

GERLANE C GOUVEIA

0037 013 00026844-9 06/21

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

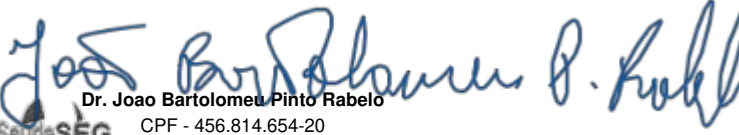
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190335428
Nome do(a) Examinado(a): Gerlane Chaves Gouveia
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Telegrafista Chateaubriand Brasil Filho, 469
Mucumagro Joao Pessoa PB CEP: 58066-120
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2917257
Data local do acidente: [03/02/2019]
Data local do exame: [21/06/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO
Data da Alta: 24/05/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigação, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateaubriand Brasil Filho, Nº 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

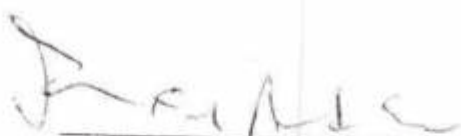
Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

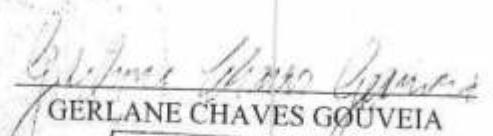
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

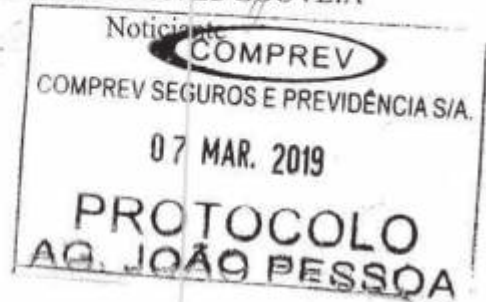
que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo. que o referido motorista não prestou socorro à noticiante. que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital trauminha, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes. que a noticiante não soube identificar o motorista. que a noticiante deseja ver as imagens das câmaras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.


FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente de Investigação


GERLANE CHAVES GOUVEIA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigação, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateaubriand Brasil Filho, Nº 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

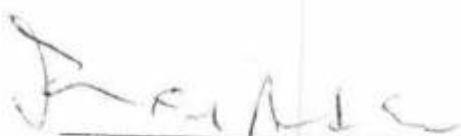
Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

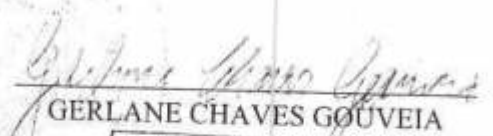
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

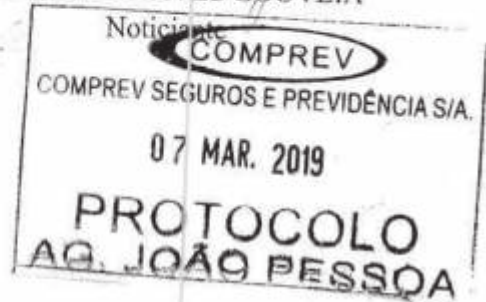
que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo. que o referido motorista não prestou socorro à noticiante. que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital trauminha, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes. que a noticiante não soube identificar o motorista. que a noticiante deseja ver as imagens das câmaras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.


FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente de Investigação


GERLANE CHAVES GOUVEIA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigação, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateaubriand Brasil Filho, Nº 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

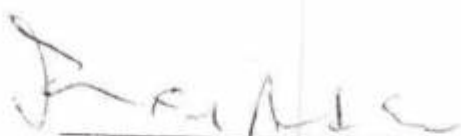
Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

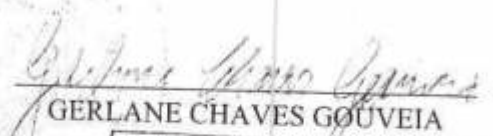
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

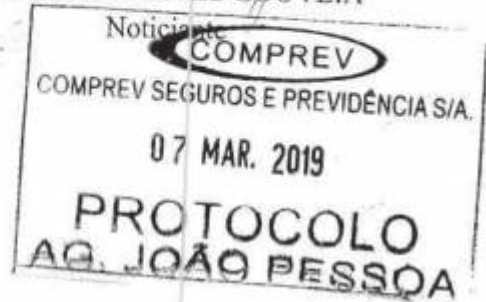
que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo. que o referido motorista não prestou socorro à noticiante. que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital trauminha, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes. que a noticiante não soube identificar o motorista. que a noticiante deseja ver as imagens das câmaras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.


FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente de Investigação


GERLANE CHAVES GOUVEIA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigação, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateaubriand Brasil Filho, Nº 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira;
Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

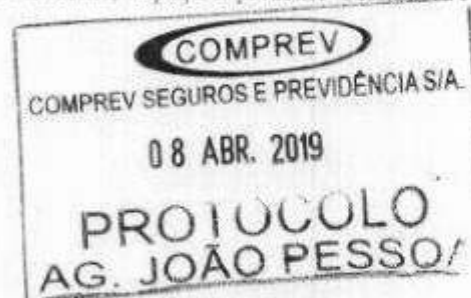
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo, que o referido motorista não prestou socorro à noticiante, que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital traumática, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes, que a noticiante não soube identificar o motorista, que a noticiante deseja ver as imagens das câmeras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

ADENDO(S):

Que na data 08/04/2019, à(s) 09:12 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: OBS QUE A NOTIFICANTE NÃO SABE IDENTIFICAR A PLACA DO VEÍCULO, NEM O CONDUTOR QUE CAUSOU O ACIDENTE .. Adendo registrado por: José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1572611.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.





João Pessoa/PB, 08 de abril de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


GERLANE CHAVES GOUVEIA
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA CENTRAL DE POLÍCIA CIVIL DE JOÃO PESSOA - SETOR DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SENDO PRESERVADO O CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigação, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateaubriand Brasil Filho, Nº 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo, que o referido motorista não prestou socorro à noticiante, que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital traumática, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes, que a noticiante não soube identificar o motorista, que a noticiante deseja ver as imagens das câmeras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.

FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA

Agente **COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAIO 2019

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

GERLANE CHAVES GOUVEIA

Noticiante

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 013.682.604-03 Nome completo da vítima: Galvane Chaves Gouveia

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

Nome completo: Galvane Chaves Gouveia CPF: 013.682.604-03
Profissão: Redator Endereço: Telegrafista Chateaubriant B. Flo. Número: 469 Complemento: 32.22/62 201
Bairro: Mugu Magro Cidade: São Pessoa Estado: PB CEP: 58066-120
E-mail: _____ Tel.(DDD): 8398847-2506

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0037 CONTA: 26844 9
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Galvane Chaves Gouveia

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV
COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAR 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 013.682.604-03 Nome completo da vítima: Galvane Chaves Gouveia

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

Nome completo: Galvane Chaves Gouveia CPF: 013.682.604-03
Profissão: Redator Endereço: Telegrafista Chateaubriant B. Flo. Número: 469 Complemento: 32.22/62 201
Bairro: Mugu Magro Cidade: São Pessoa Estado: PB CEP: 58066-120
E-mail: _____ Tel.(DDD): 8398847-2506

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0037 CONTA: 26844 9
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Galvane Chaves Gouveia

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAR 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 013.682.604-03 Nome completo da vítima: Galvane Chaves Gouveia

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

Nome completo: Galvane Chaves Gouveia CPF: 013.682.604-03
Profissão: Redator Endereço: Telegrafista Chateaubriant B. Flo. Número: 469 Complemento: 32.22/62 201
Bairro: Mugu Magro Cidade: São Pessoa Estado: PB CEP: 58066-120
E-mail: _____ Tel.(DDD): 8398847-2506

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0037 CONTA: 26844 9
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Galvane Chaves Gouveia

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAR 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 013.682.604-03 Nome completo da vítima: GILVANE CHAVES GOMES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: GILVANE CHAVES GOMES CPF: 013.682.604-03
 Profissão: Recebeiro Endereço: Telegrafista Chateaubruno B. F. Número: 469 Complemento: 32.22/Ap 201
 Bairro: Migu Magro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58066-120
 E-mail: _____ Tel.(DDD): 3598847-2506

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

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos abaixo)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 ☐ CONTA: 26844 ☐ 9
 (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 e 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019
 Nome: Gilvane Chaves Gomes
 CPF: 013.682.604-03

(*) Assinatura de quem assina A RDO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA STA

2ª Nome: _____ CPF: _____
 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MasterCard

débito

603689 0010 47060 8639

GERLANE C GOUVEIA

0037 013 00026844-9 06/21

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL DE MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity
HOSPITAL ESCOLAR JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
Ficha Nr: 202890 Atd: Nao Regulado
Data: 03/02/2019
Hora: 21:58:15
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO DA
Clinica: ORTOPEDIA

Nome do Paciente: GERALDO CHAVES GOUVEIA
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 ano(s)
End.: RUA TELEGRAFISTA CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, 04PAT. 201 BL 22
Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA
Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Profissao: COZINHEIRO Escolaridade: NAO INFORMADO
Modo de Entrada: A MESMA
Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
End.: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301
Vitima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - HJ. 21.30H
Vitima de violencia por: MANGABEIRA
Caso Policial

Condicoes do Paciente ao Ser Atendido
Classificacao de Risco: AMARELO
FR: ☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
TP: ☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
Altura: ☐ Hemorragia ☐ Dispneia
IMC: ☐ Diarreia ☐ Agitado
Q2: ☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomitado
Observacao

Principal
TOMA EM TNZ ESQ
Palato eutro TNZ (E) Lx

Historia - Exame Fisico - Hora do atendimento medico
Pr - a fratura do antebraço

Conduta: *Intensiv*
Horario da medicacao
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
07 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Paralelos - 05/02/2019

Realizada visita de
avaliação + entrevista

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
(			
(			
)			
)			

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
Solicitação ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL DE MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity
HOSPITAL ESCOLAR JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
Ficha Nr: 202890 Atd: Nao Regular
Data: 03/02/2019
Hora: 21:58:15
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO DA
Clinica: ORTOPEDIA

Nome do Paciente: GERALDO CHAVES GOUVEIA
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 ano(s)
End.: RUA TELEGRAFISTA CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, 04PAT. 201 BL 22
Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA
Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Profissao: COZINHEIRO Escolaridade: NAO INFORMADO
Modo de Entrada: A MESMA
Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
End.: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301
Vitima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - HJ. 21.30H
Vitima de violencia por: MANGABEIRA
Caso Policial

Condicoes do Paciente ao Ser Atendido
Classificacao de Risco: AMARELO
FR: ☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
TP: ☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
Altura: ☐ Hemorragia ☐ Dispneia
IMC: ☐ Diarreia ☐ Agitado
Q2: ☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomitado
Observacao

Principal
TOMA EM TNZ ESQ
Palato eutro TNZ (E) Lx

Historia - Exame Fisico - Hora do atendimento medico
Pr - a primeira vez do tipo

Conduta: *Intensiv*
Horario da medicacao
Protocolo
AG. JOAO PESSOA
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
07 MAR. 2019

Paralelos - 05/02/2019

Realizada visita de
avaliação + entrevista

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
(			
(			
)			
)			

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
Solicitação ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL DE MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity
HOSPITAL ESCOLAR JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
Ficha Nr: 202890 Atd: Nao Regulado
Data: 03/02/2019
Hora: 21:58:15
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO DA
Clinica: ORTOPEDIA

Nome do Paciente: GERALDO CHAVES GOUVEIA
Num. de vezes atendido: 3
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506
Num. Prontuario: 2018.04.000741
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 ano(s)
End.: RUA TELEGRAFISTA CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, 04PAT. 201 BL 22
Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA
Mãe: MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA
Etnia: SEM INFORMACAO
Estado Civil: NAO INFORMADO
Profissao: COZINHEIRO
Escolaridade: NAO INFORMADO
Modo de Entrada: A MESMA
Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
End.: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301
Vitima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - HJ. 21.30H
Vitima de violencia por: MANGABEIRA
Caso Policial

Condicoes do Paciente ao Ser Atendido
Classificacao de Risco: AMARELO
FR: ☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
TP: ☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
Altura: ☐ Hemorragia ☐ Dispneia
IMC: ☐ Diarreia ☐ Agitado
Q2: ☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomitado
Observacao

Principal
TOMA EM TNZ ESQ
Pulso eutro TNZ @ Lax

Historia - Exame Fisico - Hora do atendimento medico
P. a. fratura costela lat.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
07 MAR. 2019
PROTUCOLO
AG. JOAO PESSOA

Conduta: Intensivo
Horario da medicacao

Paralelos - 05/02/2019

Realizada visita de
avaliação + entrevista

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
(			
(			
)			
)			

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
Solicitação ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Paralelepipedo 12x14
De 12x14 para 12x14
Medicamente e comê...
...
...
...

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

ALIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

[Assinatura]
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Médico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

AV. MANGABEIRA S/N, TARCÍSIO BURITY

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

JOÃO PESSOA - PB

CEP: 58000-000

Ficha Nº: 102890

Atto: Não Registrado

Data: 03/02/2019

Hora: 21:58:15

Recepcionista: HELENA MARIA MONOPATO

Clinica: ORTOPEDIA

Paciente

Nome: GERALDO CHAVES GOUVEIA

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2018.04.000741

Sexo: M ID: 2911257 Fone: 988772506

Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 anos

Endereço: RUA TELEGRÁFICA CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, 201 BL 22

Cidade: JOÃO PESSOA UF: PB

Nome do Pai: GERALDO CHAVES GOUVEIA

Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA

Estado Civil: SEM INFORMAÇÃO

Profissão: COZINHEIRO

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Forma de Entrada

Escolaridade: NÃO INFORMADO

Resposta: MESMA

Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

Endereço: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301

Local de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - HJ, 21.30h

Local de violência por: MANGABEIRA

Caso Policial

Consulta

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Classificação de Risco: AMARELO

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsão

Altura:

☐ Hemorragia

IMC:

☐ Diarreia

QFR:

☐ Regular

☐ Vômito

Observação

Exame Principal

Exame em TNZ, ESQ

Protocolo autônomo TNZ @ LK

Exame Físico - Exame do atendimento médico

Protocolo autônomo TNZ @ LK

Exame

Conduta

Exame

Horário da medicação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

período 05/02/2019

Realizada visita de
acompanhamento e avaliação

em atendimento

[Handwritten signature]

PRESCRIÇÃO e Assinatura e Carimbo

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
(			
(			
)			
)			

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

EXAMINADO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
em pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

[Handwritten signature]

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
NOME: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
END.: 6056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
SEX: [] - CNPJ:

Ficha Nr: 202890 Atd: Nao Regulad
Data: 03/02/2019
Hora: 21:58:15
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 3

Nome: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Num. Prontuario: 2018.04.000741

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 ano(s)

End.: RUA TELEGRAFISTA CHATEUBRIAND BRASIL FILHO, 0APAT.201 BL 22

Muro: PARATIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA

Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA

Cor: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: COZINHEIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

Informações de Entrada

Temp.: A MESMA

Ref/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301

Vitima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - HJ. 21.30H

Vitima de violência por: MANGABEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

de Classificação de Risco: AMARELO

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

sc:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Coemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Principa

UMA EM TNZ ESQ

Doença aguda TNZ ESQ

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Doença aguda TNZ ESQ

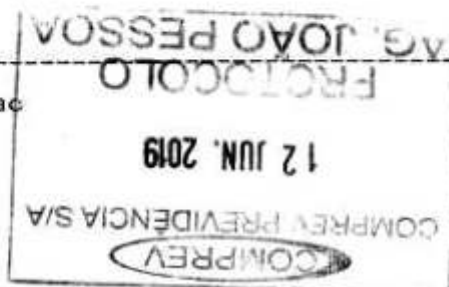
Diagnostico

Conduta

Intensidade

Prescrição

Horario da medicação



Handwritten signature and stamp.

psicologia - 05/02/2019

Realizada visita de
acompanhamento + orientação

14-112-110000-0000000
14-112-110000-0000000

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
3				
3				



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERLANE CHAVES GOUVEIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000026844-9

Nr. da Autenticação AF74C780AC7D3B8E

GERLANE CHAVES GOUVEIA

RUA TELG CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, S/N / BL 22 AP 201 - PARATIBE
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissao: 29/01/2019 Referencia: Jan / 2019

ENERGISA PARAIBA - DI

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - J

Roteiro: 18-5-621-4630

Nº medidor: 00008367773

CNPJ 09.095.183/

Nota Fiscal / Conta d

Cód. para l

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Acesse: v

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

GERLANE CHAVES GOUVEIA

RUA TELG CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, S/N / BL 22 AP 201 - PARATIBE
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissao: 29/01/2019 Referencia: Jan / 2019

ENERGISA PARAIBA - DI

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - J

Roteiro: 18-5-621-4630

Nº medidor: 00008367773

CNPJ 09.095.183/

Nota Fiscal / Conta d

Cód. para l

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Acesse: v

Conta referente a

Apresentação

**Data prevista da
próxima leitura**

GERLANE CHAVES GOUVEIA

RUA TELG CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, S/N / BL 22 AP 201 - PARATIBE
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissao: 29/01/2019 Referencia: Jan / 2019

ENERGISA PARAIBA - DI

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - J

Roteiro: 18-5-621-4630

Nº medidor: 00008367773

CNPJ 09.095.183/

Nota Fiscal / Conta d

Cód. para l

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Acesse: v

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

GERLANE CHAVES GOUVEIA

RUA TELG CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, S/N / BL 22 AP 201 - PARATIBE
JOAO PESSOA / PB CEP: 59000000 (AG. 1)

Emissao: 29/01/2019 Referencia: Jan / 2019

ENERGISA PARAIBA - DIS

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - Jo

Roteiro: 19-5-621-4630

Nº medidor: 00008367773

CNPJ 09.095.183 /

Nota Fiscal / Conta d

Cód. para C

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

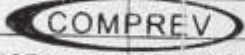
Acesse: w

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura



Nome: <i>Gerlane chaves gouveia</i>				Registro:	
Idade: <i>33 a</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>06/02/2019</i>			Cirurgião: <i>Carlos tiago</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>		
Anestesista:			Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Maléolo Lateral esquerdo</i>				<i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva: Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 07 MAR. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura do maleolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm + 04 parafusos corticais + 02 parafusos esponjosos
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com Sf a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
Tala bota gessada

OBS:

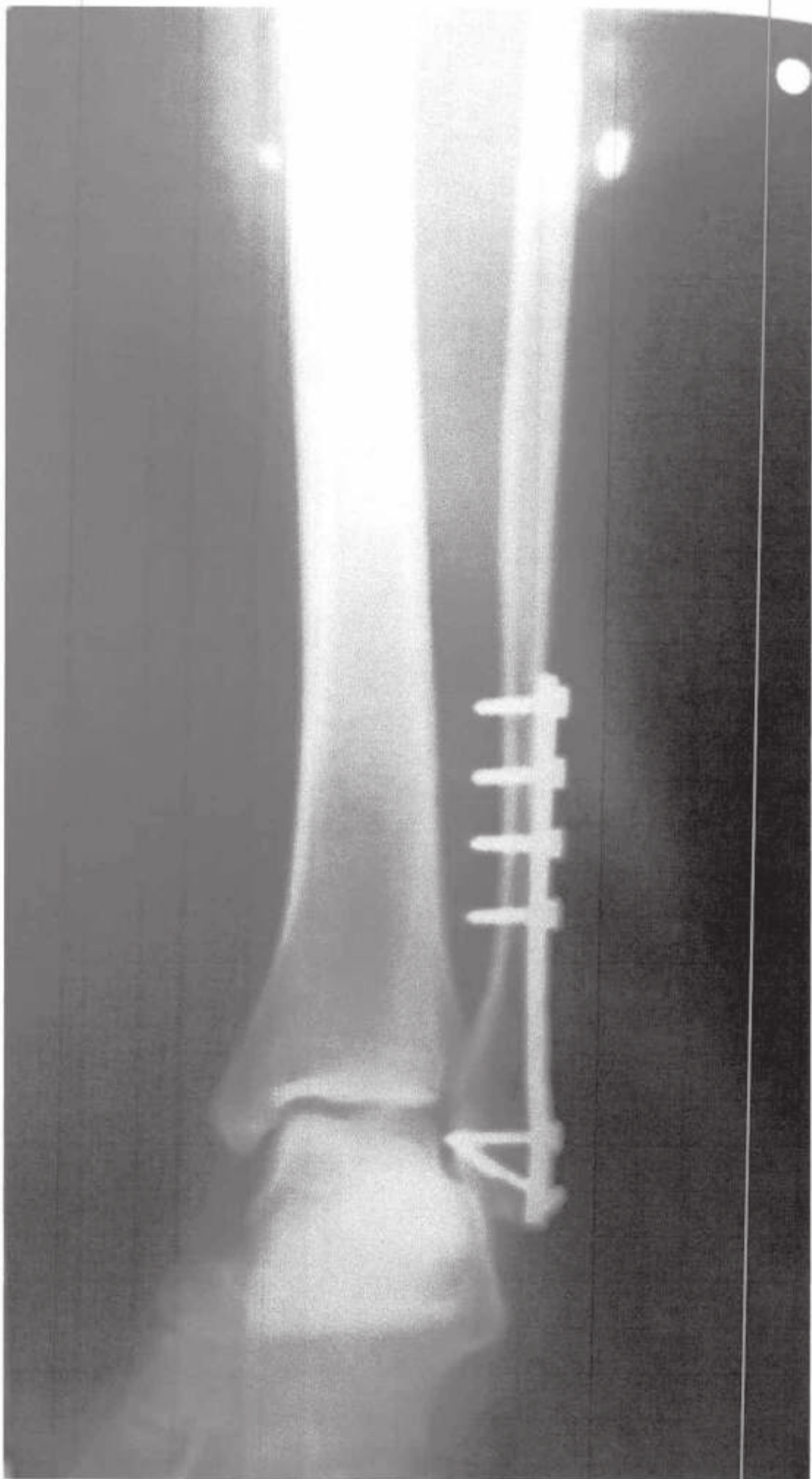
Data: 06/02/2019

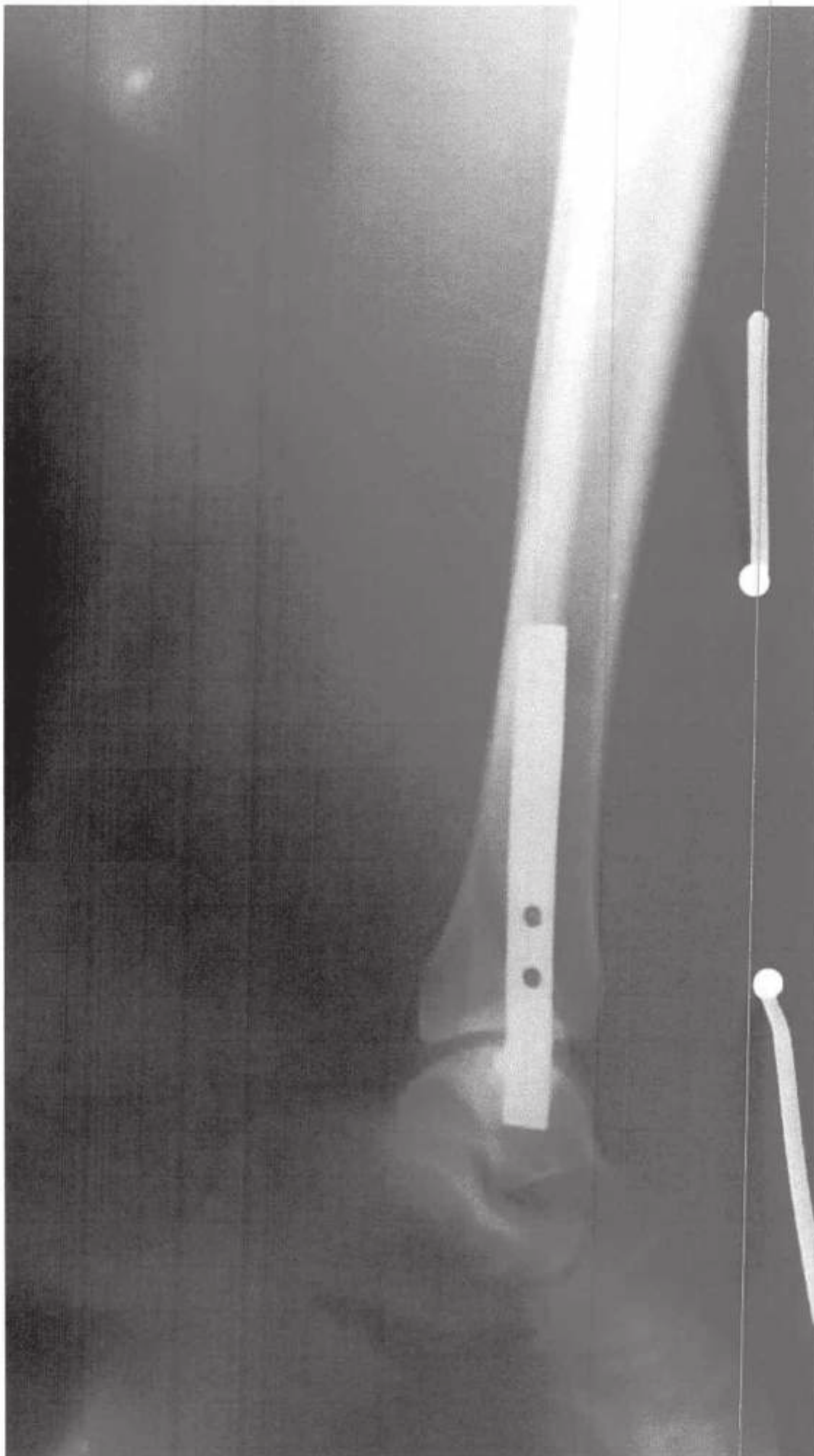
Dr. Carlos Tiago dos S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 92937 TEOT 15816

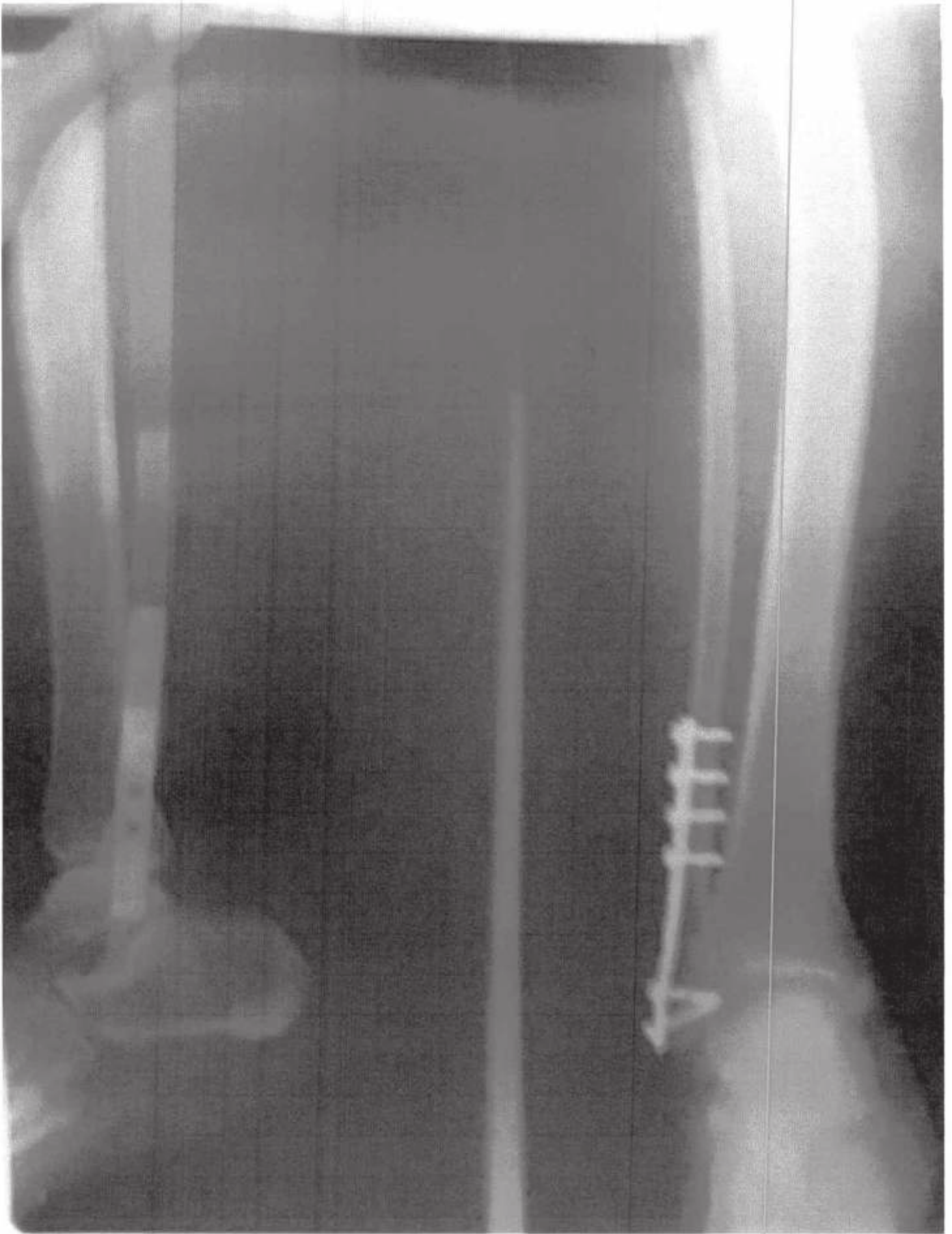
MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENT.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Malleolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de malleolo lateral</i>					
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) <i>Paciente portador(a) de fratura de malleolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. 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.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> 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: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em <i>21</i> dias para revisão.					
<i>06/02/2019</i> DATA <i>ASS. MÉDICO / C.R.M.</i> Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					







LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. 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 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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)*

RETORNO:
 Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

06/02/2019
DATA

CRM-PB 92931/TEO 15816
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Carlos Tiago da S. Chaves

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DIL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO


**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO SOUTO

P/gerlane chaves gouveia

Laudô Médico

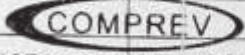
Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.5 + S82.6

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128-PB TEOT 9.603

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 / TEOT 15816

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Nome: <i>Gerlane chaves gouveia</i>				Registro:	
Idade: <i>33 a</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>06/02/2019</i>			Cirurgião: <i>Carlos tiago</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>		
Anestesista:			Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Maléolo Lateral esquerdo</i>				<i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva: Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 07 MAR. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decubito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura do maleolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm + 04 parafusos corticais + 02 parafusos esponjosos
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com Sf a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
Tala bota gessada

OBS:

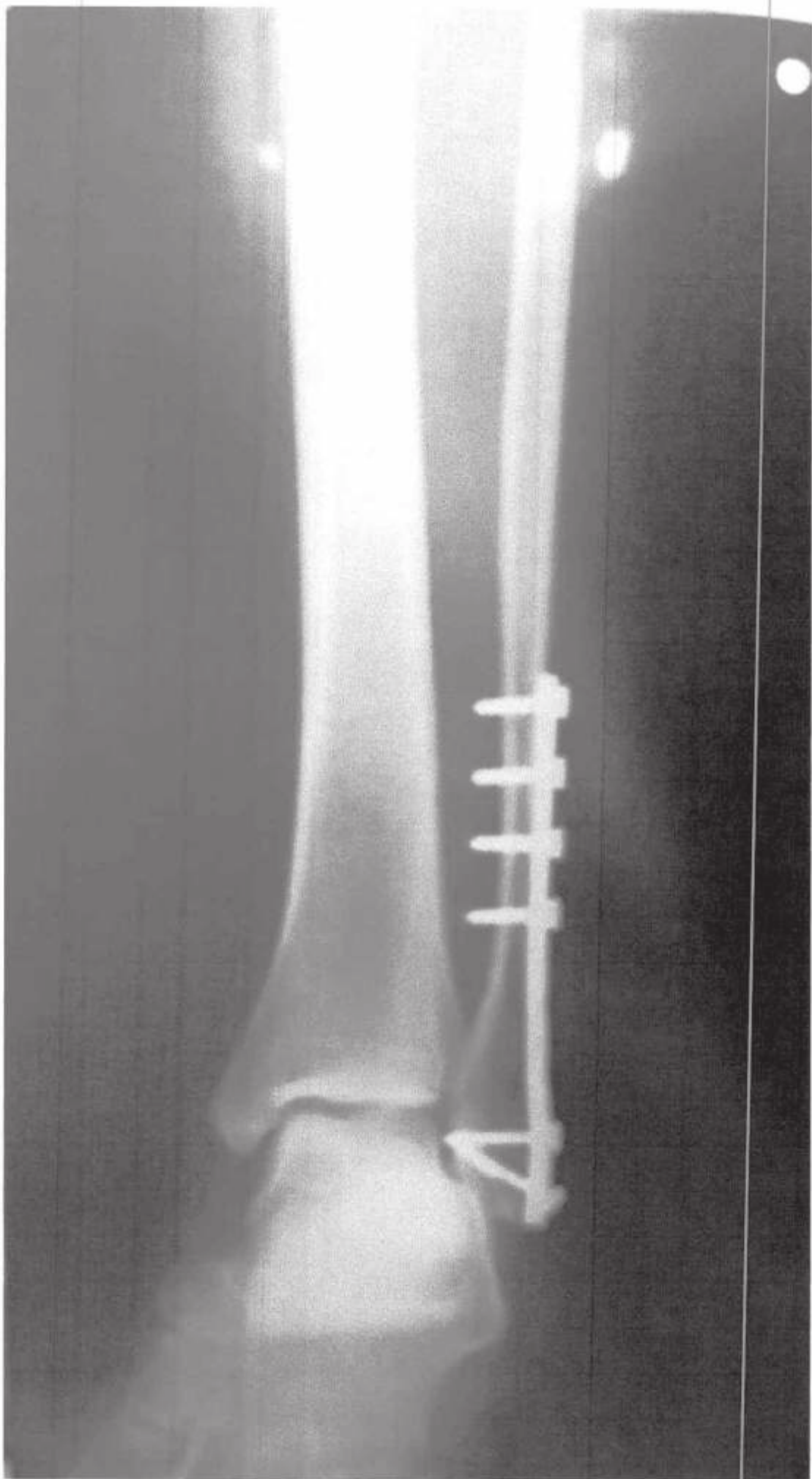
Data: 06/02/2019

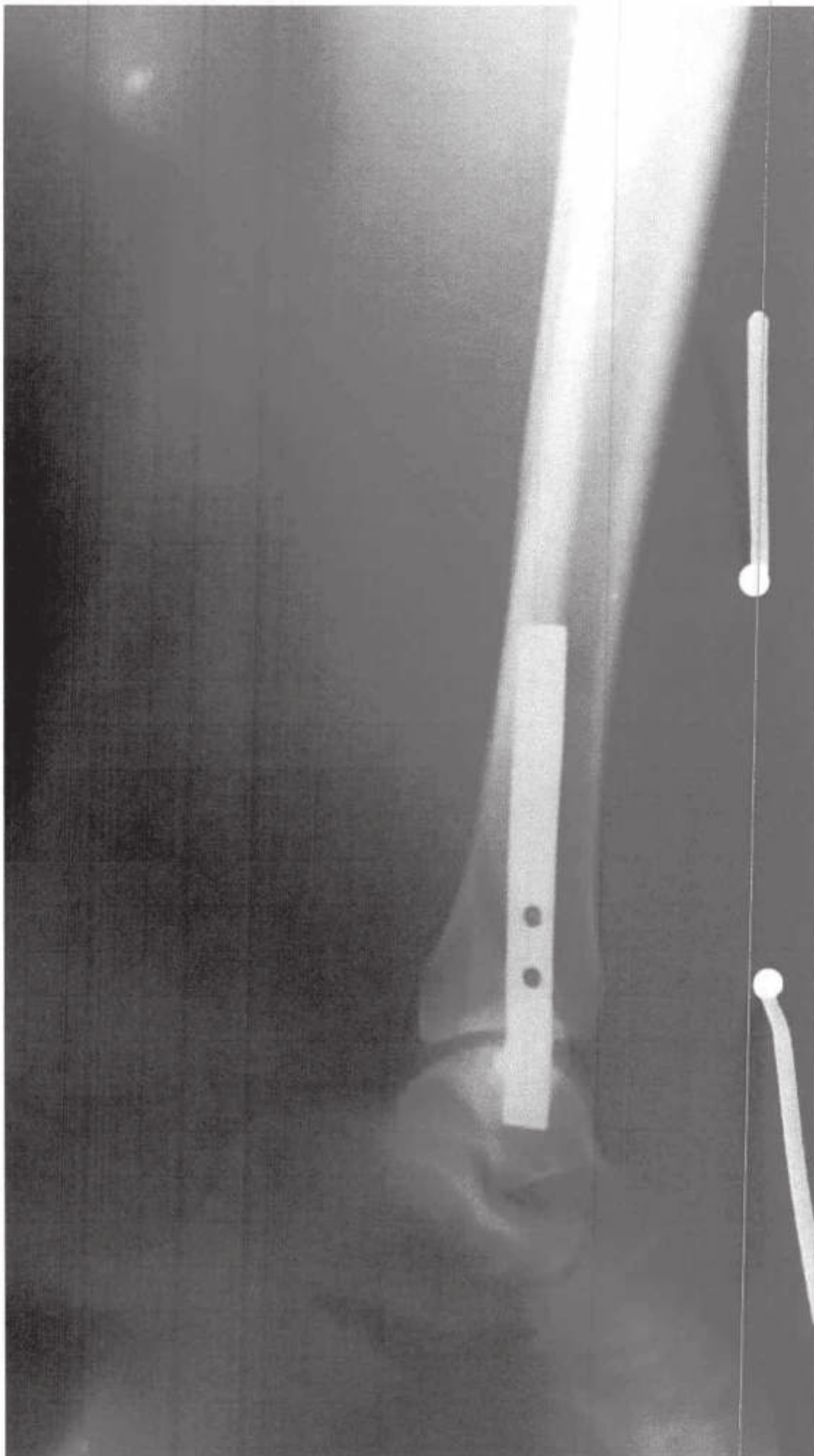
Dr. Carlos Tiago dos S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 92937 TEOT 15816

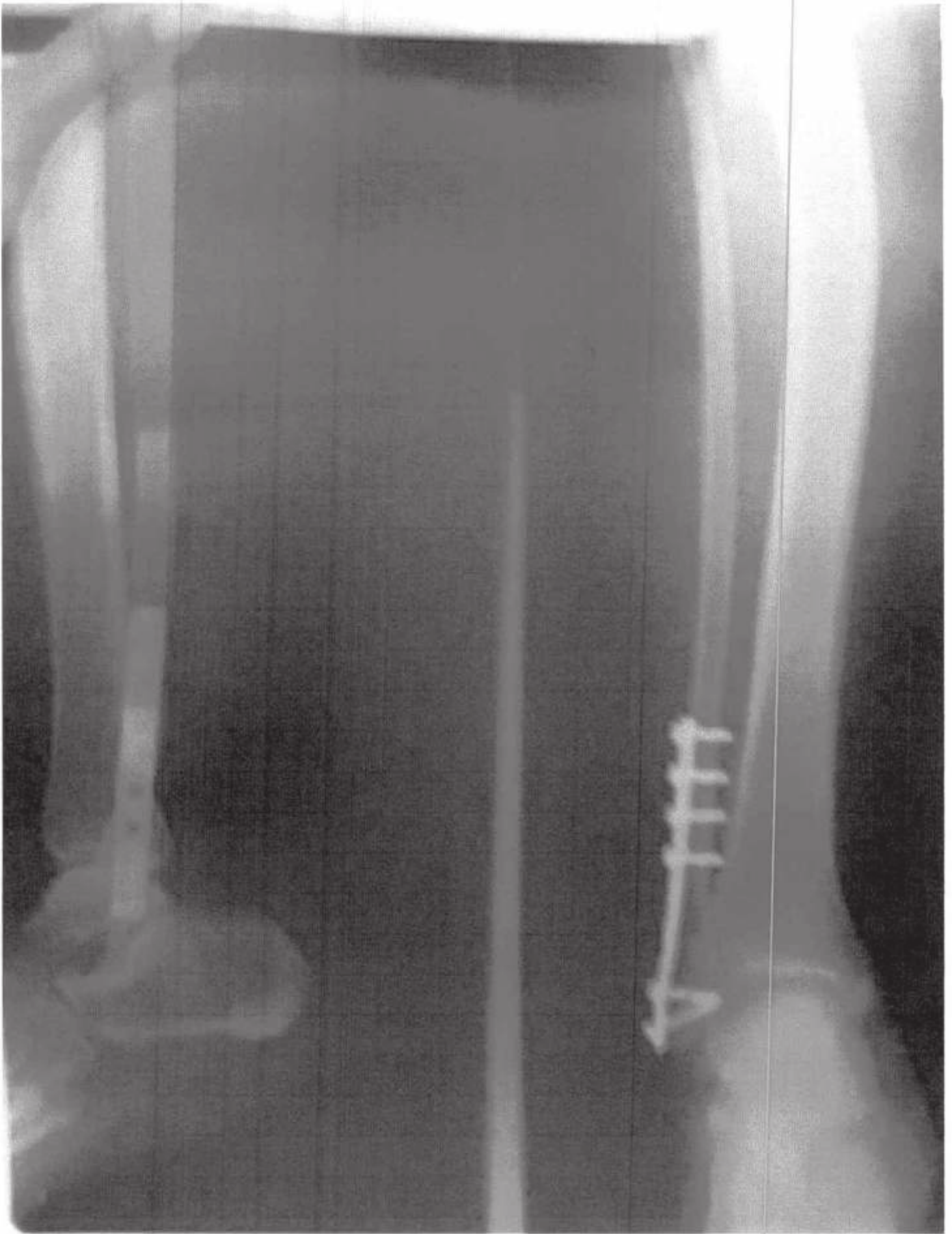
MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENT.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Malleolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de malleolo lateral</i>					
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) <i>Paciente portador(a) de fratura de malleolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. 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.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> 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: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em <i>21</i> dias para revisão.					
<i>06/02/2019</i> DATA <i>ASS. MÉDICO / C.R.M.</i> Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					







LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. 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 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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)*

RETORNO:
 Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

06/02/2019
 DATA

CRM-PB 92937/1 EOI 15816
 Ortopedia e Traumatologia
 Dr. Carlos Tiago da S. Chaves

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DIL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
 CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



P/gerlane chaves gouveia

Laudô Médico

Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.5 + S82.6

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128-PB TEOT 9.603

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 / TEOT 15816

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Dr. Carlos Moreira

Paciente vítima de
queda de ônibus, deu
entrada nos serviços
com fratura de fêmur de
membro O. Perante
chamar a H. U. chegou
em atendimento
médico

CR=502

20/8/14

27 MAR 2019

Dr. Carlos Moreira
Otorrinolaringologista
CRM 1542

Assinatura e Carimbo



SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: SEBASTIÃO LUIZ DE SOUZA

2º andar Alvorada

Paciente vítima de
queda de ombros, de
tombado para o lado
com fratura de fratura de
tombado O. Recusou
tratamento a 4º seguimento
com o tratamento
médico

01/05/2013

20/04/13

Assinatura e Carimbo

Dr. Carlos T. da Silva
CRM: 123456789
R. 123, 456 - Fone: 1234-5678

27 MAR 2013



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TÁMUNO MURTY

P/gerlane chaves gouveia

Laudo Médico

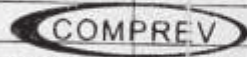
Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.5 + S82.6

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128-PB TEOT 9.603

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9232 TEOT 15316

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Nome: <i>Gerlane chaves gouveia</i>				Registro:	
Idade: <i>33 a</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>06/02/2019</i>			Cirurgião: <i>Carlos tiago</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>		
Anestesista:			Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Maléolo Lateral esquerdo</i>				<i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva: Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 07 MAR. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decubito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura do maleolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm + 04 parafusos corticais + 02 parafusos esponjosos
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com Sf a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
Tala bota gessada

OBS:

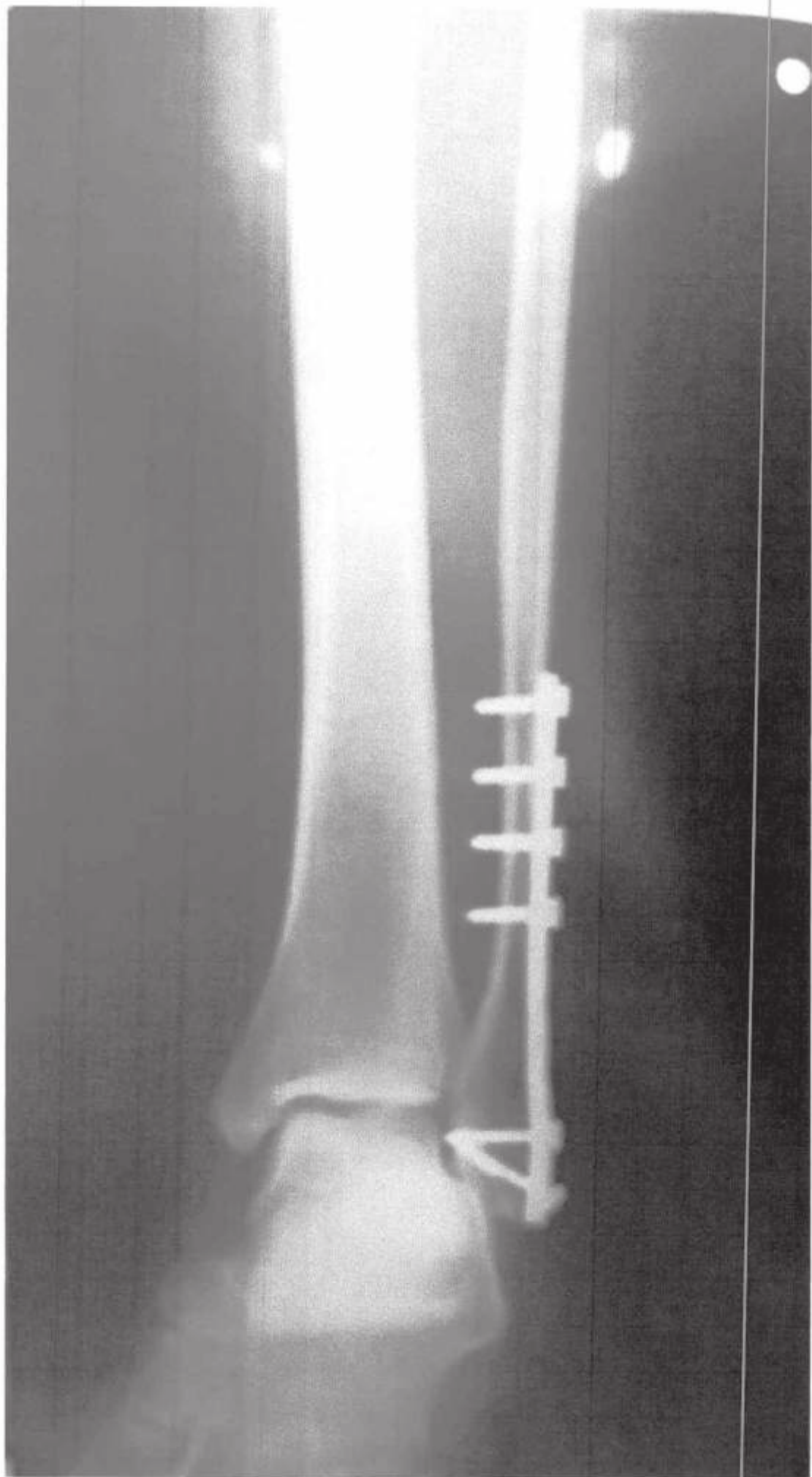
Data: 06/02/2019

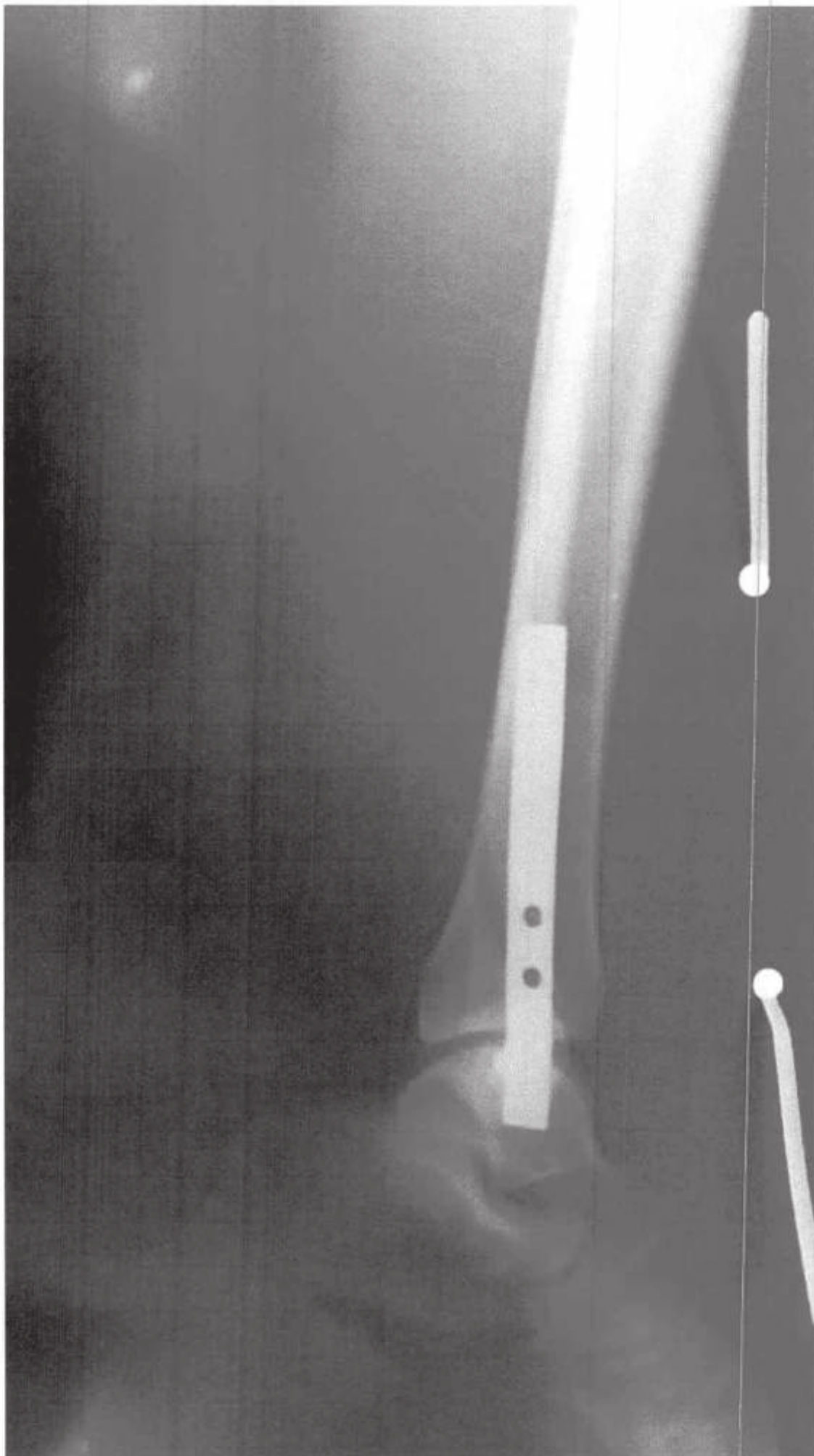
Dr. Carlos Tiago dos S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 92937 TEOT 15816

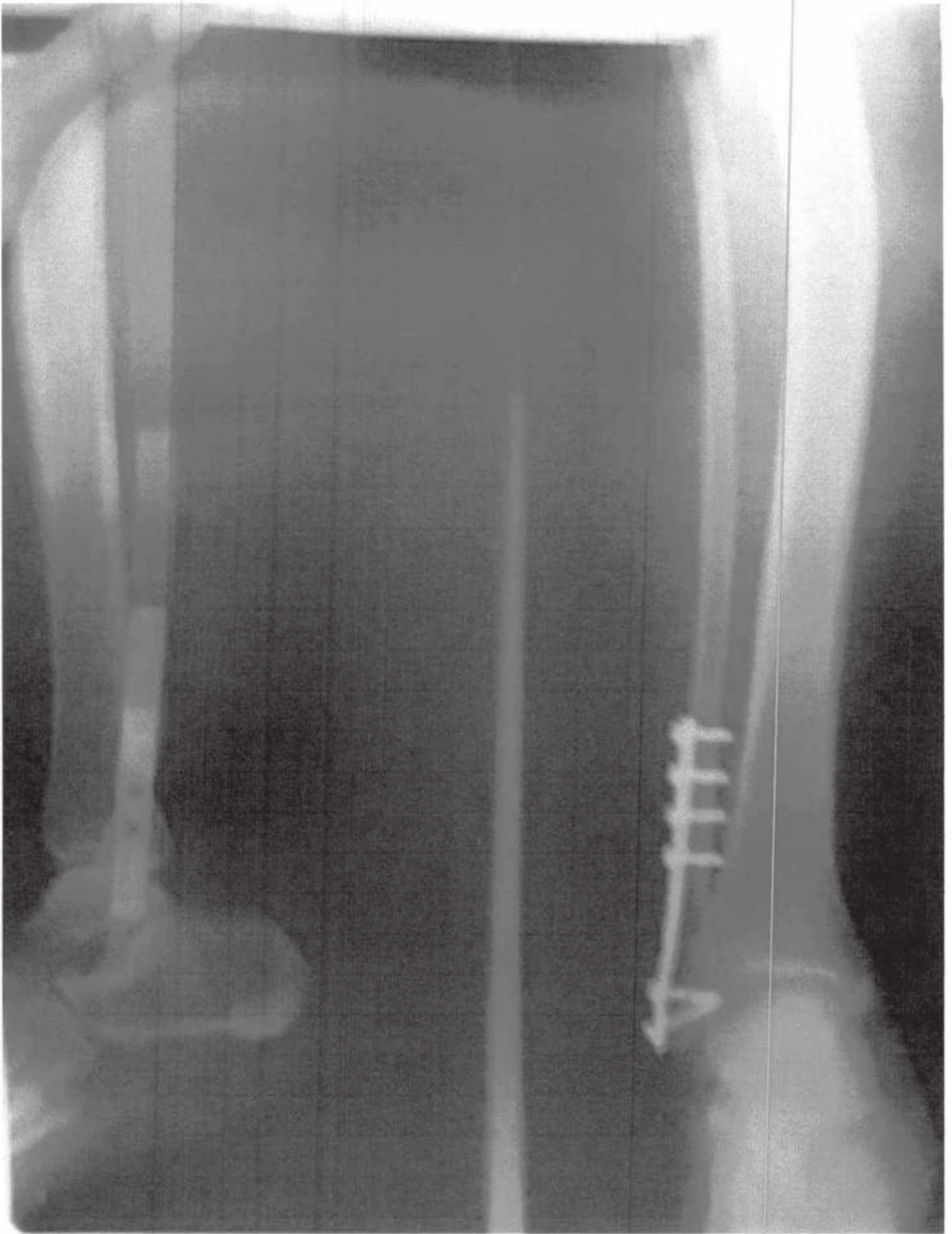
MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENT.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Malleolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de malleolo lateral</i>					
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) <i>Paciente portador(a) de fratura de malleolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. 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.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> 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: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em <i>21</i> dias para revisão.					
<i>06/02/2019</i> DATA <i>ASS. MÉDICO / C.R.M.</i> Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					







LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. 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 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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)*

RETORNO:
 Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

06/02/2019
 DATA

CRM-PB 92937/1-01 15816
 Ortopedia e Traumatologia
 Dr. Carlos Tiago da S. Chaves

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DIL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO


**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO SOUTO

P/gerlane chaves gouveia

Laudo Médico

Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.5 + S82.6

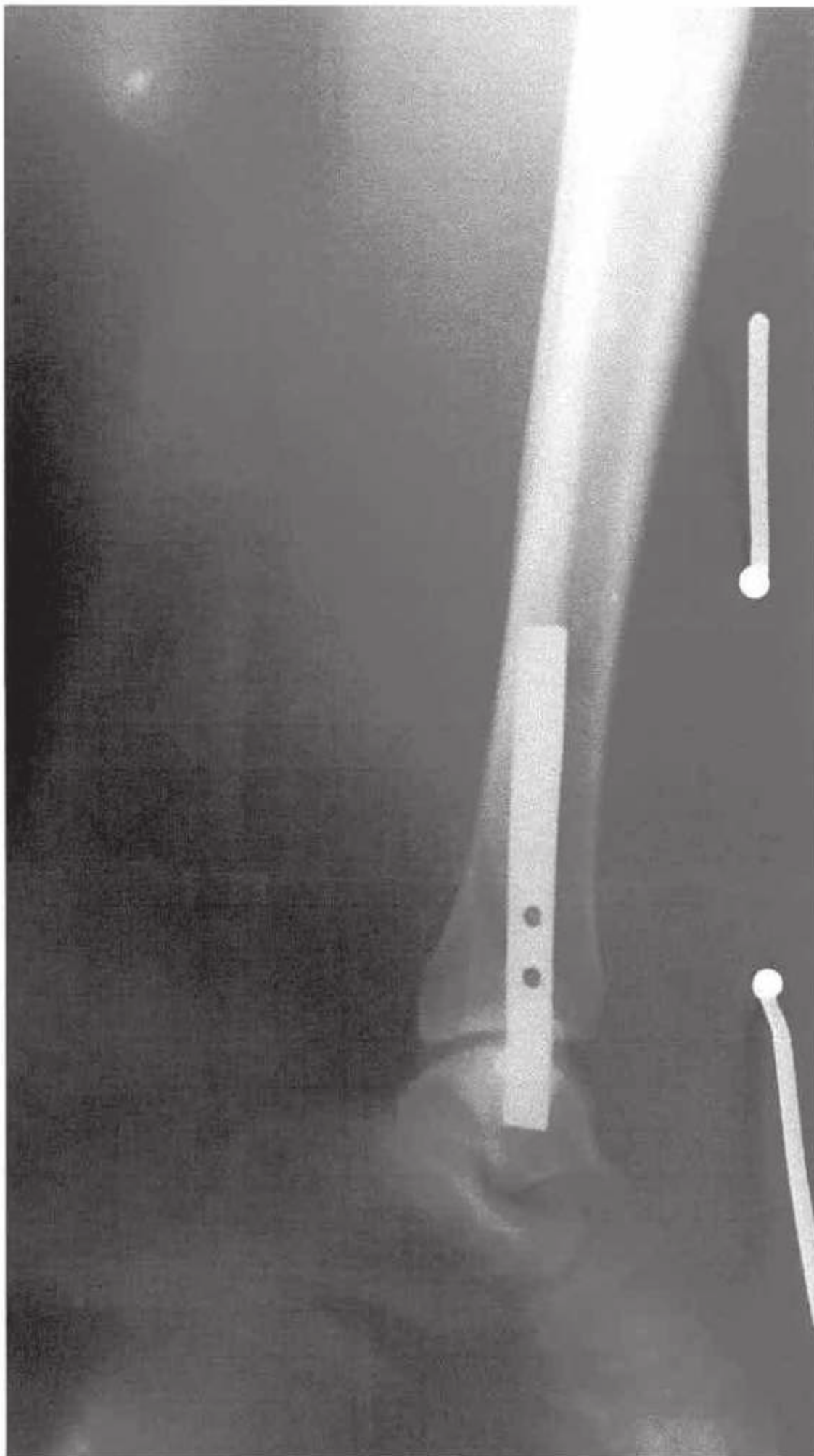
DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128-PB TEOT 9.603

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 / TEOT 15816

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB







Scanned by CamScanner

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebeu 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 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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)*

RETORNO:
 Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **21** dias para revisão.

06/02/2019
DATA

CRM-PB 99531/2011
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Carlos Tiago de S. Chaves

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: ROLAND CHAVES GONCALVES

Lado Músculo

Paciente vítima de acidente de trânsito, da cintura até baixo com fratura de fêmur bilateral.
Paciente submetido a fixação cirúrgica.
Paciente em fisioterapia motora e em acompanhamento médico ambulatorial.

CR= 582 / 11865

15/05/19

Jr. Carlos Manoel S. Chaves
Otorrinolaringologista
CRM-PB 9230 / TEOD 43816

Assinatura e Carimbo

TERRITÓRIO NACIONAL
 DATA DE
 EXPEDIÇÃO 14/01/2015
 DATA DE NASCIMENTO 08/11/1985
 3.186 - CARTÓRIO 2º JOÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO
 ESTADO DA PAR
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
 INSTITUTO DE POLÍCIA C
 DEPARTAMENTO DE IDEN



Gislane Letha
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 07 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

TERRITÓRIO NACIONAL
 DATA DE
 EXPEDIÇÃO 14/01/2015
 DATA DE NASCIMENTO 08/11/1985
 3.186 - CARTÓRIO 2º JOÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO
 ESTADO DA PAR
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
 INSTITUTO DE POLÍCIA C
 DEPARTAMENTO DE IDEN



Gislane Letha
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 07 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

TERRITÓRIO NACIONAL
 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/01/2015
 DATA DE NASCIMENTO 08/11/1985
 3.186 - CARTÓRIO 2º JOÃO

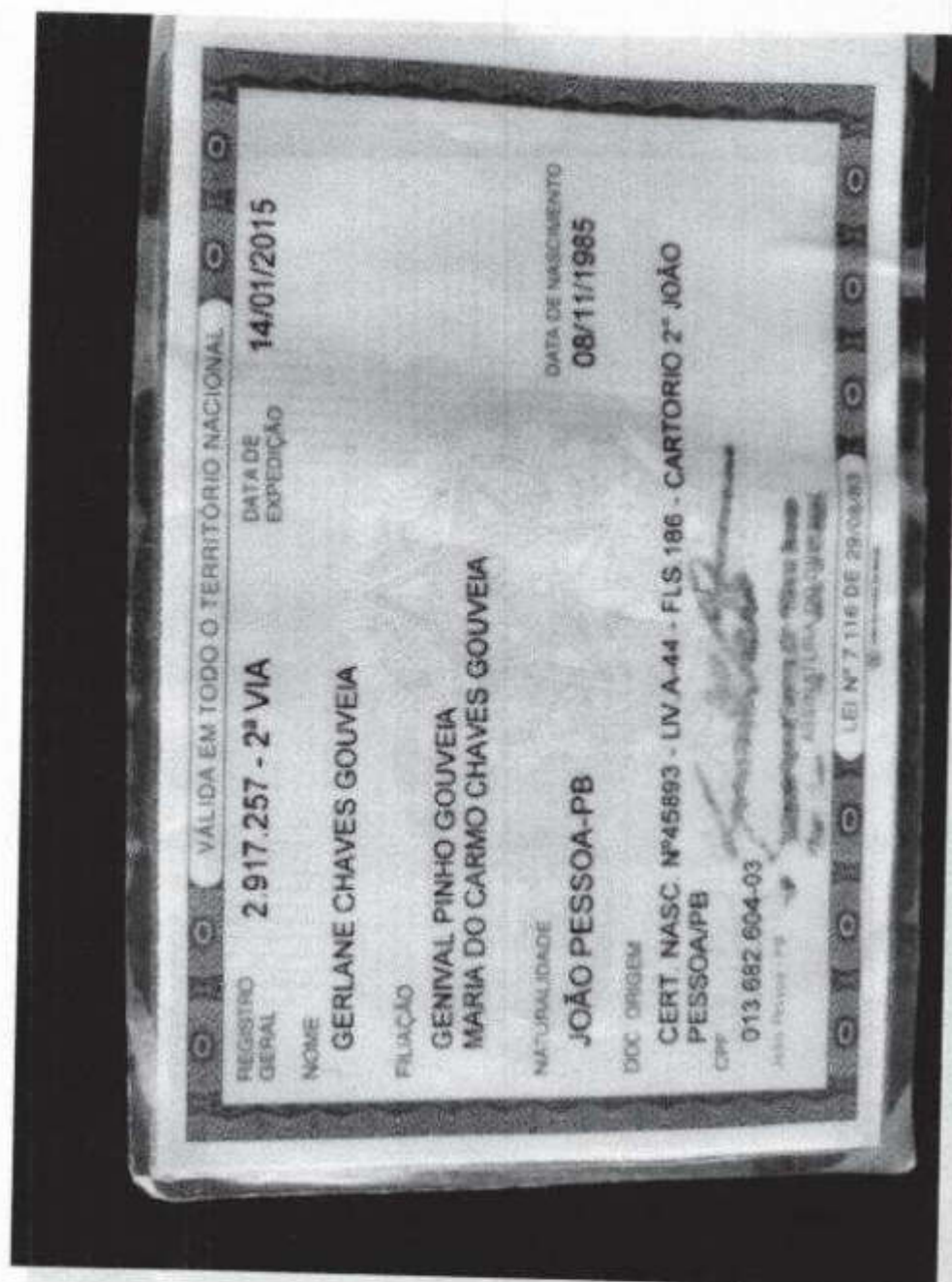
REPÚBLICA FEDERATIVA DO
 ESTADO DA PAR
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
 INSTITUTO DE POLÍCIA C
 DEPARTAMENTO DE IDENT



Gislane Letha
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 07 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AC. 1040 PESSOAS
PROTÓCOLO
08 488 5042
EXEMPLAR 2637402 E 2637403 DA
COMISSÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

L-237



Gerlane Charles Gama

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de Identificação nº 000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237

GERLANE CHAVES GOUVEIA

GERLANE CHAVES GOUVEIA

IDENTIFICAÇÃO

CARTeira DE IDENTIDADE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.917.257 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/01/2015

NOME GERLANE CHAVES GOUVEIA

FILIAÇÃO GENIVAL PINHO GOUVEIA MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 08/11/1985

DOC ORDEM CERT. NASC N°45893 - LIVA 44 - FLS 186 - CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA/PB

CPF 013.682.804-03

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gerlane Charles Gouveia
DATA DO ACIDENTE 03/02/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682604-03
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Gerlane Charles Gouveia
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 -

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELO POLÍCIA
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, 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 O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (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 -

- ☐ 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\$ 13.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 13.000,00
 - DAS LESÕES E DESEQUILÍBRIO = R\$ 13.000,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 13.000,00
 - VARIA CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DO DIA DA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER PAGOS OUTROS VALORES, LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO PAGAR O VALOR DE R\$ 10,00 (DEZ REAIS) PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/03/2019
IDENTIDADE 2917257
ASSINATURA Gerlane Charles Gouveia



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gerlane Charles Gouveia
DATA DO ACIDENTE 03/02/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682604-03
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Gerlane Charles Gouveia
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 -

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELO POLÍCIA
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, 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 O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (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 -

- ☐ 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\$ 130.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 130.000,00
 - DAS LESÕES E DESEQUILÍBRIO = R\$ 130.000,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 130.000,00
 - VARIA CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DO DIA DA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER PAGOS OUTROS VALORES, LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO PAGAR O VALOR DE R\$ 10,00 (DEZ REAIS) PARA O GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/03/2019
IDENTIDADE 2917257
ASSINATURA Gerlane Charles Gouveia



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gerlane Charles Gouveia
DATA DO ACIDENTE 03/02/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682604-03
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Gerlane Charles Gouveia
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 -

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELO POLÍCIA
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, 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 O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (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 -

- ☐ 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 (ORIGINAL) 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\$ 130.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 130.000,00
 - DAS LESÕES E DESEQUILÍBRIO = R\$ 130.000,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 130.000,00
 - VARIA CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DA DATA DA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER PAGOS, ALÉM DOS VALORES LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO PAGAR O VALOR DE R\$ 10,00 (DEZ REAIS) PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/03/2019
IDENTIDADE 2917257
ASSINATURA Gerlane Charles Gouveia

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gerlane Charles Gouveia
 DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682604-03
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Gerlane Charles Gouveia
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 -

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELO POLÍCIA
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA 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 O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS)
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE GASTOS COM O TRATAMENTO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (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 -

- ☐ 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\$ 11.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 11.000,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 11.000,00
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DA DATA DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER ADICIONADOS OUTROS VALORES, LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO ENTREGAR A DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, SEM CUSTO, GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/03/2019
 IDENTIDADE 2917257
 ASSINATURA Gerlane Charles Gouveia

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190335428

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Data do acidente: 03/02/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/06/2019

Conduta mantida:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078263/19

Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

CPF: 013.682.604-03

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: GERLANE CHAVES
GOUVEIA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GERLANE CHAVES GOUVEIA : 013.682.604-03

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: 07/03/2019
Nome: GERLANE CHAVES GOUVEIA
CPF: 013.682.604-03

GERLANE CHAVES GOUVEIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA