

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451979 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVAN DE SOUZA VIEIRA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Lesão de partes moles + FCC em antebraço esquerdo com lesão da veia cefálica e do nervo interósseo

Descrição do exame físico: AO EXAME: GRANDE FERIMENTO CICATRIZADO EM REGIÃO ANTERIOR DE COTOVELO ESQ + RETRAÇÃO LIMITANDO 75% DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO COTOVELO. ATROFIA IMPORTANTE DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO E MÃO ESQUERDA COM FORÇA GRAU 3. PERDA DE 50% FLEXÃO/EXTENSÃO MCF PROXIMAL /DISTAL DA MÃO ESQ

Resultados terapêuticos: REALIZOU SUTURA NEURORRAFIA +TENORRAFIA E RECEBEU ALTA EM 20-02-2019. FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

CERTIDÃO

Nº. 0884/2019

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 204638 e prontuário 2019.02.01181 pertencentes a **GILVAN DE SOUZA VIEIRA** que foi atendido dia 10/02/2019 às 13H30min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em membro superior esquerdo . -

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão do nervo interosseo posterior a nível do antebraço esquerdo . Realizado procedimento cirúrgico dia 19/02/2019 com alta médica dia 20/02/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de junho de 2019



Médica
CRM/PB 4516

Lra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 10/02/19

Nome: Carla S. V. Almeida
 Prontuário: _____ Idade: 63 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M (☒) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: _____

HDA: _____

(E) Doença da pele em tratamento

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [☒] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [☒] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Lesão por trauma mecânico ext
em 12/02/2018 (E)

Conduta: _____

Tratamento de lesão
lesão (microscópica) +
+ more.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral

Assepsia e antisepsia

Incisão:

Retirados os pontos de ferimento prévio

Achados:

Lesão do nervo interósseo posterior completa

Lesão da veia cefálica

Déficit de extensão do punho e dedos

Conduta:

Exploração do ferimento: ausência de lesão do nervo mediano

Lesão completa do NIP com ponto de algodão no coto proximal

Realizada neurrrafia com prolene 6,0

Sutura por planos

Curativo oclusivo

OBS:

Tala axilopalmar

Alta 1º PO

Data: 19/02/2019

Dra. Andrea H. Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-10.552-1502-1

MÉDICO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DOH rob en
- Anestesia + anti-espasmo
- Aproximação de membros

Incisão:

Achados: - L esão extensa de partes
necróticas proximal de antebraço
com grande compresão de
flexores e da vascularização

Conduta:

- Limpeza com 5% 0,9% de NaCl + desinfecção entre os dentes desvitalizados
- higiene dos fúndos orais e cavidades.
- Sutura de lesão por
- Limpeza + antibioticoterapia

Fechamento: 05 de maio de 2016

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: - Paciente em D.O.H. sob anestesia
 - Anestesia + anti-espasmo
 - Aposição de sangue cirúrgico

Incisão:

Achados: - Lesão externa de partes moles em região proximal de antebraço (E) com grande comprometimento do flexor e da vascularização venosa

Conduta: - Limpeza com G^o 0,9% em abundância + destruição de tecidos desvitalizados
 - Mipectomia dos flexores + exposição vascular
 - Sutura de lesão por pontos
 - Limpeza + sutura

Fechamento: Observar ~~lesão~~ menor, vascular (Chance de lesão nervosa NIP do lado lateral e gravidade de lesão)

OBS: Observar perfuração e viabilidade do membro; Avaliar membro diário muito diário grande risco de desenvolver infecção com partimetal devido gravidade de lesão

Data: 10/02/19

MÉDICO/CRM

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome GILVAN DE SOUZA VIEIRA						CNS 898000119335117	Prontuário
Data de Nascimento 23/03/1957	Idade 61A 10M 18D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe IRENE DE SOUZA VIEIRA			Nome da Pai FRANCISCO BENTO DE SOUZA VIEIRA				
Endereço ARQUIVISTA JONATHAS CARÉCAS (COM S RAFAEL)			Bairro CASTELO BRANCO			Cep 58050705	
Município JOAO PESSOA - PB			Telefone Residencial			Telefone Celular (83) 988596861	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262			Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares >>PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO DOR E FERIMENTO EXTENSO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO COM LESÃO PARCIAL DA MUSCULATURA, NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA LIMPEZA, MIORRAFIA E ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSA. >>RADIOGRAFIA DE COTOVELO E ANTEBRAÇO ESQUERDO SEM SINAIS DE FRATURAS LIBERADO DAS DEMAIS CLÍNICAS CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA		
CID S51.8	Data de encaminhamento 10/02/2019 11:13:09	

Assinatura e carimbo do profissional

Maurice Arthur F. Filho
TEN.MED - 10-07-2008 / 1561407
CRM - PB 7522 / CRM - PE 20174

(Chance de lesão nervosa NIF
local e gravidade de lesão)

OBS: Obs: O b m v a n p e r s o a s e v i s i b i l
membre: A velha membro direito e m
grande risco de desenvolver

compartimental devido gravidade

Data: 10/02/19

MÉDICO/C

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

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME GILVAN DE SOUZA VIEIRA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 61A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 10/02/2019		DATA DE ALTA 20/02/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>LESÃO DO NERVO INTEROSSEO POSTERIOR</i>				CID S.64	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx + exame físico</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)
Paciente portador de LESÃO DO NERVO INTEROSSEO POSTERIOR A NÍVEL DO ANTEBRACO ESQUERDO foi submetido a tratamento cirúrgico através de uma NEUORRAFIA. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antitrombótica, antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

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 lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, DIPIRONA*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **7** dias para revisão. **DRA ANDREA NASRALA**

Dr. Edson da Paz Lym
Médico
CRM-PB 11407

20/02/2019

DATA

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

1.076.159 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 04/11/2009
 GILVAN DE SOUZA VIEIRA
 FRANCISCO BENTO DE SOUZA VIEIRA
 JORGE DE SOUZA VIEIRA
 JORGE PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/03/1957
 INSC.N.62.151 FLS.250 LTV.161
 CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB
 CPF 467.051.554-34
 ASSINATURA DO DIRETOR

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 29 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 81 89

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

Gilvan de Souza Vieira inscrito (a) no CPF sob o nº 467.051.554/34
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Gilvan de Souza Vieira

inscrito (a) no CPF sob o nº 467.051.554/34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>58</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(31) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 29/07/19

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 JUL. 2019
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Receito para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 026.772.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

18/06/2019

CONSUMO

219

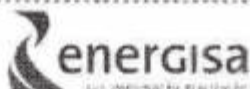
VENCIMENTO

27/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 197,89

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-085-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/06/2019

VENCIMENTO

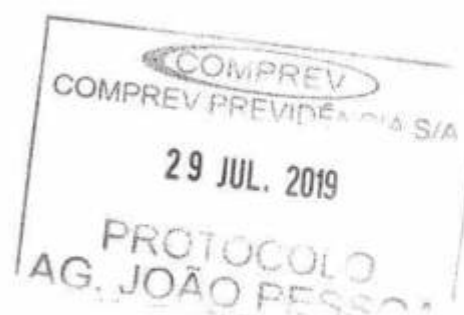
27/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 197,89

MATRÍCULA

1698358-2019-06-2



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

Ficha Nr: 204638 Atd: Nao Fez
Data: 10/02/2019
Hora: 13:30:01
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: ORTOFEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GILVAN DE SOUZA VIEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.02.001181

CNS: 898000119335117 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Idade: 988596861

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/03/1957 Id: 61 ano(s)

End.: RUA ARQUIVISTA JONATHAS CARECAS (COM S RAFAEL), 2

Bairro: CASTELO BRANCO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: IRENE DE SOUZA VIEIRA

Pai: FRANCISCO BENTO DE SOUZA VIEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FILHO-LEONDA'S

Tr 'Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Case Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATEND

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: PA:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Q na Principal

Observacao

TRAUMA MSE

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*ferido no cotovelo e no braço
Superior*

Diagnostico

Condicoes

Prescricao

Departamento de Medicacao



* onto pedie

10
02
13

Pronta em remissão do HCE
lesão extensa de partes
anteriores (E) deido tra-

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

estragado

* HD: ~~h~~

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 88.896
CREMESP 22251
REG 15818

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UT
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SV

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo

GILVAN SOUZA VIEIRA
RUA ARQUIMISTA JONATHAS CARECAS, 87 - COMUNIDADE SAO RAFAEL - CASTEL
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 1 - 6 - 31 - 7790
Medidor: 00001349654

Referência: Jun / 2019
Emissão: 03/06/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-800
CNPJ 09.095.183/0001-00 - Ins. Est. de 045.829-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Emitida: 00076574
Cód. para Del. Automática: 000030497

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 013

Conta referente a

Jun / 2019

Apresentação

03/06/2019

Data prevista
próxima

04/07/2019

467.051.554-34
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5736997-3

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil

COMPROMISSO
29 JUL. 2019

PROD. 0001
AG. JOAO 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: 46705155434 CPF da vítima: Gilvan de Souza Vieira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Gilvan de Souza Vieira CPF: 467.05155434
Profissão: Recusado Endereço: Rua Anquivera Jonathas Garças 82
Bairro: Com. São Rafael Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: (83) 986634900

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO 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: 0617 CONTA: 18155 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) ☐ Divorciado ☐ 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.

Impossibilitado
de assinar
devido ao
estado de
incapacidade
ou por outro motivo
justificado

Local e Data: João Pessoa - PB 29/07/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
CPF: 29 JUL. 2019
Assinatura
2ª | Nome: PROTOCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

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.



agência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00154.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00154.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:45 horas do dia 16 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Gilvan de Souza Vieira**, CPF nº 467.051.554-34, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Irene de Souza Vieira e Francisco Bento de Souza Vieira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/03/1957 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Arquivista Jonathas Carecas, Nº 82, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Outros, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

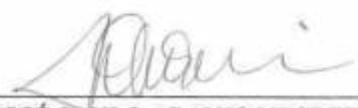
Local: Br 230, Outros, João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/02/19 06:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o, notificante trafegava no canteiro, quando um veículo não especificado pelo notificante atropelou ao mesmo, que devido ao impacto veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0884-/2019, EXPEDIDA PELA DRª FABIANA FERNANDES DE ARAUJO, CRM/PB 4516, DATADO DE 14/06/2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar; QUE a princípio notificante foi levado para o H.E.T.S.H.L e posteriormente para o hospital de Mangabeira.

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

João Pessoa/PB, 16 de julho de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


GILVAN DE SOUZA VIEIRA
Notificante



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451979

Vítima: GILVAN DE SOUZA VIEIRA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILVAN DE SOUZA VIEIRA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **GILVAN DE SOUZA VIEIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **617**

Conta: **0000018155-9**

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: 46705155434 CPF da vítima: Gilvan de Souza Vieira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Gilvan de Souza Vieira CPF: 467.05155434
Profissão: Recusado Endereço: Rua Anquivera Jonathas Garças 82
Bairro: Com. São Rafael Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: (83) 986634900

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO 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: 0617 CONTA: 18155 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) ☐ Divorciado ☐ 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.

Impossibilitado
de assinar
devido ao
estado de
incapacidade
ou por outro motivo
justificado

Local e Data: João Pessoa - PB 29/07/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
CPF: 29 JUL. 2019
Assinatura
2ª | Nome: PROTOCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

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.



agência



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, 02 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190451979**

Vítima: GILVAN DE SOUZA VIEIRA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUÇÃO 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, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451979

Vítima: GILVAN DE SOUZA VIEIRA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILVAN DE SOUZA VIEIRA

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

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: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVAN DE SOUZA VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000018155-9

Nr. da Autenticação AF760E983071E7E1

PROCURAÇÃO

Outorgante: Gilvan de Souza Vieira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Pintor, residente e domiciliado à Rua Anguimta - Irmãos Costa nº 82, bairro São Rafael - Castelo Branco, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 1.076.359, SSP/PB e CPF nº 467.051.554-34

Outorgado: Alexsandra Bizar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agemte Fúscala Costa Duarte nº 137, bairro Memorabilia, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 262.7718, SSP/ PB e CPF nº 046.605.784-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Gilvan de Souza Vieira, ocorrido em 30/02/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

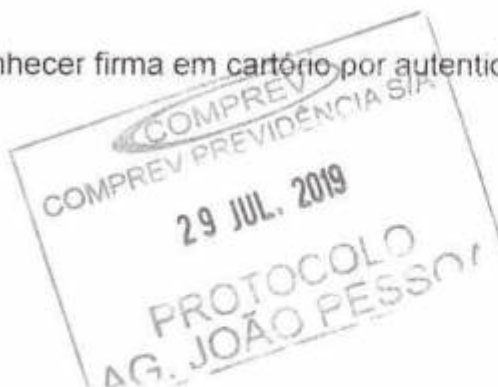
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim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

João Pessoa 20 de maio de 2019.



Gilvan de Souza Vieira
Outorgante
CPF Nº 467.051.554-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



500670
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Data: 20/05/2019 Hora: 09:10:38
Tabela:



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: GILVAN DE SOUZA VIEIRA

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 20/05/2019 09:10:38
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
[2019-011185]JEMUL:R\$ 19,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIN87003-0N5A
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257204/19

Vítima: GILVAN DE SOUZA VIEIRA

CPF: 467.051.554-34

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 10/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILVAN DE SOUZA VIEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GILVAN DE SOUZA VIEIRA : 467.051.554-34

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: 29/07/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

SOCIEDADE / ORG. EMISSOR IN
 2627718 SSP PB

CPF
 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
 21/08/1982

FUNÇÃO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
 ACB CCM 8

IP REGISTRO
 01851269660

VIGÊNCIA
 16/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
 29/06/2001

CATEGORIA
 1

ASSINATURA DO DETENTOR
 Alexandra Cesar Duarte

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
 Rodrigo Carneiro 66588356744
 PB027919595

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR
 894056231

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 29 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

**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: **3190451979**

Nome do(a) Examinado(a): **GILVAN DE SOUZA VIEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R ARQUIVISTA JONATHAS CARECAS, 82 - Condomínio São Rafael - João Pessoa - PB - CEP 58050-7

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1076359**

Data e local do acidente: [**10/02/2019**] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [**08/08/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Lesão de partes moles + FCC em antebraço esquerdo com lesão da veia cefálica e do nervo interósseo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 10-02-2019 AO EXAME: GRANDE FERIMENTO CICATRIZADO EM REGIÃO ANTERIOR DE COTOVELO E+RETRAÇÃO LIMITANDO 75% DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO COTOVELO . ATROFIA IMPORTANTE DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO E MÃO ESQUERDA COM FORÇA GRAU 3 . PERDA DE 50% FLEXÃO/EXTENSÃO MCF PROXIMAL /DISTAL DA MÃO E

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

REALIZOU SUTURA NEURORRAFIA +TENORRAFIA E RECEBEU ALTA EM 20-02-2019 FEZ FISIOTERAPIA

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PERDA MOTORA E SENSITIVA EM MSE

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR 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 a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB