



Número: **0854855-49.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILVAN DE SOUZA VIEIRA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32486 300	20/07/2020 15:47	2735344_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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

Ura. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Carluen S. V. Vieira</u>		Data da Admissão: <u>10/02/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: <u>63</u>	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M (<input checked="" type="checkbox"/>)	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1/</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1/</u>	
QPD: _____			
HDA: <u>(E) Doença crônica em tratamento por estresse</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomalias [] 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 [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] 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 [] Corrímento [] Outras: _____			
SME: [<input checked="" type="checkbox"/>] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [<input checked="" type="checkbox"/>] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor			

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] 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 agudo em antebraço (E)

Conduta: _____

*Tratamento de urgência
- Lesão (miotendão) + r
+ enroscado.*





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: GILVAN DE SOUZA VIEIRA				Registro:	
Idade: 61	Sexo: MAS	Cor:	Clínica: CG	EMP:	LR:
Data: 19/02/2019	Cirurgião: DRA. ANDREA HATTORI			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: Roberto		Tipo Anestesia: Bloqueio		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
FCC zona VI volar antebraço E					
FCC zona VIII extensora antebraço E					
Lesão do nervo interósseo posterior					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Exploração do FCC e neurrrafia no NIP					
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					

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



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 neurorrafia com prolene 6,0
Sutura por planos
Curativo oclusivo
OBS:
Tala axilopalmar
Alta 1º PO

Data: 19/02/2019

Dra. Andrea H. Nogueira
Ortopedista e Traumatologista
CRM-10.622-1/02-1

MÉDICO

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: - Paciente em DOH rob em
 - Anestesia + anti-espasmo
 - Aproximação de membros

Incisão:

Achados: - Lesão extensa de partes
 moles proximal de antebraço
 com grande comprometimento
 flexor e da vascularização

Conduta: - Limpeza com GT 0,9%
 de modo + destruição de
 todos desnecessários
 - Microscopia dos flexores
 e vascular
 - Sutura de lesão por
 - Limpeza + sutura

Fechamento: Na mão ~~de~~ menor



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: - Paciente em D.O.H. sob anestesia
 - Anestesia + anti-espasmo
 - A posição de membros proximais

Incisão:

Achados: - Lesão extensa de partes moles em região proximal de antebraço (E) com grande comprometimento dos flexores e da vascularização venosa

Conduta: - Limpeza com SF 0,9% em abundância + debridimento de tecidos desvitalizados
 - Miectomia dos flexores + supressão vascular.
 - Sutura de lesão por planos
 - Limpeza + antibioticoterapia

Fechamento: Observar ~~estado~~ membro, avaliar (Chance de lesão nervosa NIP distal local e gravidade da 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

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



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		
<p>Resultado de exames complementares</p> <p>>>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.</p> <p>>>RADIOGRAFIA DE COTOVELO E ANTEBRAÇO ESQUERDO SEM SINAIS DE FRATURAS</p> <p>LIBERADO DAS DEMAIS CLINICAS CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA</p>		
CID S51.8	Data de encaminhamento 10/02/2019 11:13:09	

Assinatura e carimbo do profissional



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

OBS:

Observe a perfuração e a lesão
membrana. A lesão membrana diafragma
grande, risco de desenvolver
compartmental devido gravidade

Data: 10/02/19

Dr. Evandro Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 39918
CREMER 22251
TEOT 15918

MÉDICO/C

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





181165



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY

**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME GILVAN DE SOUZA VIEIRA				PRONTUÁRIO N°	
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					
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 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 antitrombolítica, 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, DÍPIRONA*

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-PA 11467

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



21

1.076.559 - 2 VIA DATA DE EXPEDICAO 04/11/2008

NOME GILVAN DE SOUZA VIEIRA

FRANCISCO BENTO DE SOUZA VIEIRA

FRANCISCO BENTO DE SOUZA VIEIRA

DATA DE ASSINATURA 23/03/1987

JOAO PESSOA-PB

NASC. N. 82.151 PLS. 250 LIV. 161

CARTORIO 1º JOAO PESSOA-PB

CPF 467.051.554-34

ASSINATURA DO DIRETOR

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

29 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO 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: 0800 022 81 89 / Outras regiões: 0800 022 81 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido pela 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 INTERMEDIÁRIO ANTE 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 Alexandria 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 Invalidez 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 abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José 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>(33) 98663-4900</u>

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

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 026.772.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Rr 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
JOAO 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



VERIFIQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

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

VENCIMENTO

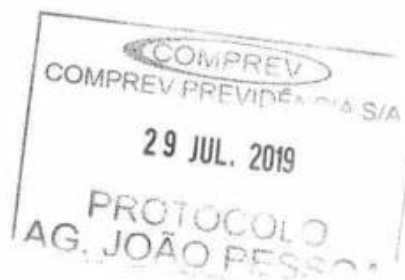
27/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 197,89

MATRÍCULA

1698358-2019- 06-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 15:47:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072015473814400000031119511>

Número do documento: 20072015473814400000031119511

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

Ficha Nr: 204638 Atcd: Nao Fogo
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
CNS: 898500119335117 Sexo: M SEM DOCUMENTO: 123 Id: 61 ano(s)
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/03/1957 Id: 61 ano(s)
End.: RUA ARQUIVISTA JONATHAS CARECAS (COM S RAFAEL), 3
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-LEONIAS
Te 'Doc.' Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	EP:	[] Politraumatizado	[] Convulsão
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	Q24:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vômito	
Q na Principal		Observação	
TRAUMA MSE			

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnostico

Prescrição



* onto pedie

10
02
11

paciente em atendimento do HEE
lesão extensa de partes
anterior (E) deido tra-
etorçao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

* AD: ~~_____~~

Dr. Evandro Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 488.134
CREMESP 2251
REG 18948

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

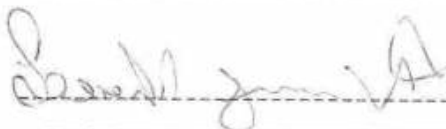
Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo



GILVAN SOUZA VIEIRA

RUA ARQUIVISTA JONATHAS CARECAS, 827, COMUNIDADE SAO RAFAEL, CASTEL
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG 1)

energisa

Ligação: MONOFÁSICO

Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Roteiro: 1 - 6 - 31 - 7780

Medidor: 00001348654

Referência: Jun / 2019

Emissão: 03/06/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Coto Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. de 015.227-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Emitida nº 025.765.764
Cód. para Deb. Automático: 000033897

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 012

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

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

COMPROMISSO

29 JUL 2019

PRODUTOS
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: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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: 467.051.554/34

Profissão: Recusado Endereço: Rua Anquivera Jonathan Garcia 82 Número: Complemento:

Bairro: Com. São Rafael Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: Tel(DDD): (83) 986634900

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

RENDAS 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: 181559

(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/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) ☐ 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 Vivos: Falecidos: 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 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 - PB 29/07/19

Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

29 JUL. 2019

Assinatura

2ª Nome: CPF:

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.

FPS.001 V001/2018



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 Araújo 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
Noticiante



Procedimento Policial: 00154.01.2019.1.00.420





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, 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: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF: 167.051.554/34

Profissão: Recusado Endereço: Rua Anquivera Jonathan Garcia 82 Número: Complemento:

Bairro: Com. São Rafael Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: Tel(DDD): 831986634900

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

RENDAS 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: 181559

(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/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) ☐ 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 Vivos: Falecidos: 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 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, Nome, CPF:

Local e Data, Nome, CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

29 JUL. 2019

Assinatura

2ª Nome: CPF:

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.

FPS.001 V001/2018



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: 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

Pag. 00161/00162 - carta_02 - INVALIDEZ

00070081



Carta nº 14652089





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, 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

Carta nº 14637417

Pag. 01577/01578 - carta_01 - INVALIDEZ



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 Artista - Pintor, residente e domiciliado à Rua Antônio - Jonathan nº 82, bairro São Rafael - Castelo Branco, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 1.016.359, SSP/PB e CPF nº 467.051.554-34

Outorgado: Alexandra Bizar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal - Costa D'Alva nº 137, bairro Memorável, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/ PB e CPF nº 046.503.784-74

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 10.02.19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidiz

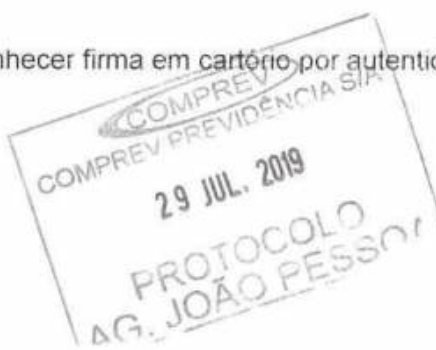
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim 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



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)EML:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIN87003-UNSA
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 TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIDADE / ORI EMISSOR DE
2627718 ESP PB

CPF
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

FILIAÇÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
ACE CENSA
B

1ª EMISSÃO
01/05/2019 16/01/2019 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PROVIDO PLASTIFICAR
894056231

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
66588356744
PB027919595

DETRAN - PB (PARAIBA)



**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 58050-71

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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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

