



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
32486 300	20/07/2020 15:47	2735344_CONTESTACAO_Anexo_02

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 AO EXAME: GRANDE FERIMENTO CICATRIZADO EM REGIÃO ANTERIOR DE COTOVELO ESQ + RETRAÇÃO

físico: 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 NEURORRÁFIA +TENORRÁFIA 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 GRILLO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tancredo 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 ás 13H30min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão do nervo interosseos 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de junho de 2019


Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM/PB 4516

Médica
CRM/PB 4516

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Carla em S. Virene **Data da Admissão:** 10/02/10
Prontuário: _____ **Idade:** 61 **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____ **Bairro:** _____
Endereço: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F M **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____ / ____ / ____

QPD: _____
HDA: D g d o m e o n e t h r e m e
E d o d s b r e m e p o n e t r e p u l e
m + e.

Medicacões em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele:

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

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

ABD: [] Dor [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispensia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mictície []Cicatrizante []Outras:

SME: Dor Inchaço Fadiga Edema Infecção Granulação Ulceração Escurecimento Fissura Atrofia Desenvolvimento迟缓 Espessamento Deformidades Rigidizez pós-reposo

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade

[] Amnesia [] Letho [] 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 [] JDM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipas

[] 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: *Lerão perto malas ext
em febre (E)*Conduta: *- Tratamento de regime
- Lerão (mornas) + n
+ mure.*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: GILVAN DE SOUZA VIEIRA				Registro:	
Idade: 61	Sexo: MAS	Cor:	Clinica: 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					
FCC zona VI volar antebraco E					
FCC zona VIII extensora antebraco E					
Lesão do nervo interósseo posterior					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
O MESMO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
Exploração do FCC e neurorrafia no NIP					
CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não					
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.



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral

Assepsia e antissepsia

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

MÉDICO

Dra. Andreia H. Neri
Ortopedico e Traumatólogo
CRM-16.552-102



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Gabriela S. V. Oliveira</u>				Registro:	
Idade: <u>61</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u></u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u>30/10/2018</u>	Cirurgião: <u>Dra. E. L. Oliveira</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I: <u></u>	T: <u></u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<p><i>Lésão extensa da parte molde anterior ap (E)</i></p>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<p><i>O mmnd</i></p>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<p><i>Treatmento de urgênc- nia de lesão</i></p>					
CÓDIGO					
<p>Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não</p>					
<p>Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não</p>					
<p>Descreva:</p>					
<p>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico</p>					

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 15:47:38
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007201547381440000031119511>
Número do documento: 2007201547381440000031119511

Num. 32486300 - Pág. 7

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Posição de DOH sob an
- Anoposil + anti-sínie
- A posição de roupa -

Incisão:



Achados:

- Lesão extensa de partes
- rigidas proximal de antebra
- com grande comprometimento
- flexor e da vascularização

Conduta:

- Limpeza com GTO 0,9%
diluída + desbridamento
- Reduzir desvitalizados
- Mobilizar os flexores
no e envolver.
- Sutura de lesão por
- Limpeza + curativo

Fechamento:

01 suture ~~anterior~~ menor



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

- Posição e Preparo:**
- Posição de dor sob anestesia
 - Aspiril + anti-séptico
 - A posição de dor por náuseas

Incisão:

Achados: - Lésão extensa de partes moles na região proximal de antebraço (E) com grande comprometimento dos flexores e da vascularização sanguínea.

Conduta:

- Limpeza com cit 0,9% em abundância + desbridamento de tecidos desvitalizados
- Monitorizar dos flexores + evitando sua evulsão.
- Sutura de lesões por planos
- Limpeza + suture

Fechamento:

Observar ~~extensão~~ menor e evulsão (Chance de lesão nervosa N18 direito lateral e gravidade da lesão).

OBS: Observar perfusão e viabilidade do membro; A seção membro direito muito direito evitando risco de desenvolver edema.

compartimental dentro gravidade de lesão

Data: 10/02/19

Dr. Evandro Moreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 38918
CREMESP 72251
TEOT 15918

MÉDICO/CRM





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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 (83) 988596861		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 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 EXLENTO 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

Morilho Arlinda Ferreira
TENMED-10/02/2019-56147
CRM-PB7321CPW-152174



(Chance de luxo nessa era NFO
lateral e gravidez de lesão).

OBS: Observar perissos e vérificá-
membro; A velha membra deve ser
grande origem de desenvolver
compartimental dentro gravidez.

Data: 10/02/19

Dra. Elenor Moreira
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 22251
CREM-PB 15918
TEOT 15918

MÉDICO/C

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





181105



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME GILVAN DE SOUZA VIEIRA

PONTUÁRIO N°

 *
 ENF. LEITO

IDADE 61A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>
-----------	--------	-----	-----------------------------

DATA DE ADMISSÃO 10/02/2019	DATA DE ALTA 20/02/2019	TEMPO DE PERMANÊNCIA
---------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL
LESÃO DO NERVO INTEROSSEO POSTERIOR
CID
S.64
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
O mesmo
OUTROS DIAGNÓSTICOS
PRINCIPAIS EXAMES
Rx + exame físico
COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA
ANATOMIA PATOLÓGICA
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA
CONDIÇÕES DE ALTA
 MELHORADO

 REMOVIDO

 A PEDIDO

 CURADO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador de **LESÃO DO NERVO INTEROSSEO POSTERIOR A NÍVEL DO ANTEBRACO ESQUERDO** foi submetido a tratamento cirúrgico através de uma **NEURORRÁFIA**. 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, 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 de la Paz Lyra
Médico
CRM-PB 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







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSPEITA

EM DE DINHEIRO
P 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h) ou das 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

De um dos números abaixo:
(sexta, das 8h às 20h)
04
2 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFIRMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme está disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina a constituição de cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além da informação 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 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 SEGUROS, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERNAZONAL DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR INFRAÇÕES PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

lece a Circular número 445/12,

GO=29636

que todas as Seguradoras são obrigadas a fornecerem os documentos de identificação comprobatória.

indenização do Seguro DPVAT, contudo, por

CADASTRO DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurado

Gilvan de Souza Vieira inscrito (a) no CPF sob

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez ca Vítima Gilvan de Souza Vieira

Inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-DPVAT, residir no endereço de comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração configura crime previsto no art. 239 do Código Penal.

endereço abaixo, anexando a cópia implicará na sanção penal prevista

Endereço: Rua Agente Fiscal José 6. Duarte Número: 15
Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PE
E-mail:

Complemento:

CEP: 58056-384

Tel. (DDD): (31) 98663-4900

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

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



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

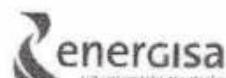
Num. 32486300 - Pág. 14

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Pode ser usado para simples pagamento da nota fiscal/carta de abertura elétrica - N° 026.772.704



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 39.095.183 / 0001-45 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

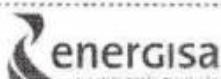
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	18/06/2019	219	27/06/2019	R\$ 197,89

Acesse: www.energisa.com.br



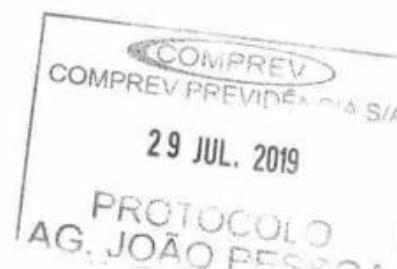
ESTÁQUEZ INDI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/06/2019	R\$ 197,89	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

Num. 32486300 - Pág. 15

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 Atdd: Nao Fejo
Data: 10/02/2019
Hora: 13:30:01
Recepclonista: LENICE FLORENCIO DF
Clinica: ORTOFEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: GILVAN DE SOUZA VIEIRA
CNS: 698000119335117 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Idade: 958596661
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/03/1957 Id: 61 ano(s)
End.: RUA ARQUIVISTA JONATHAS CARECAS (COM S RAIHEL), 0
Bairro: CASTELO BRANCO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: IRENE DE SOUZA VIEIRA Pais: FRANCISCO BENTO DE SOUZA VIEIRA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: FILHO-LLONDAS
Tr Doc Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO			
PA:	PR:	[] Aparentemente Bem	[] Grav
PC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarréia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
Q _x na Principal		[] Vomito	
TRAUMA MSE		Observacao	

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Funho e coluto rebento
ferida.

Diagnostico

Conclusao

Prescricao

Nomaric da medicacao

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
29 JUL. 2019
AG. JOAO PESSOA



* onto pedie

10
02
18 Pונית remimbro do HGE
lesão extensa de partes
motores (E) dada tra-
-tarelo-

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

* HD: 

Dr. Everaldo das Neves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 2251
CREMEESP 251
TEC 5516

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

----- | Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

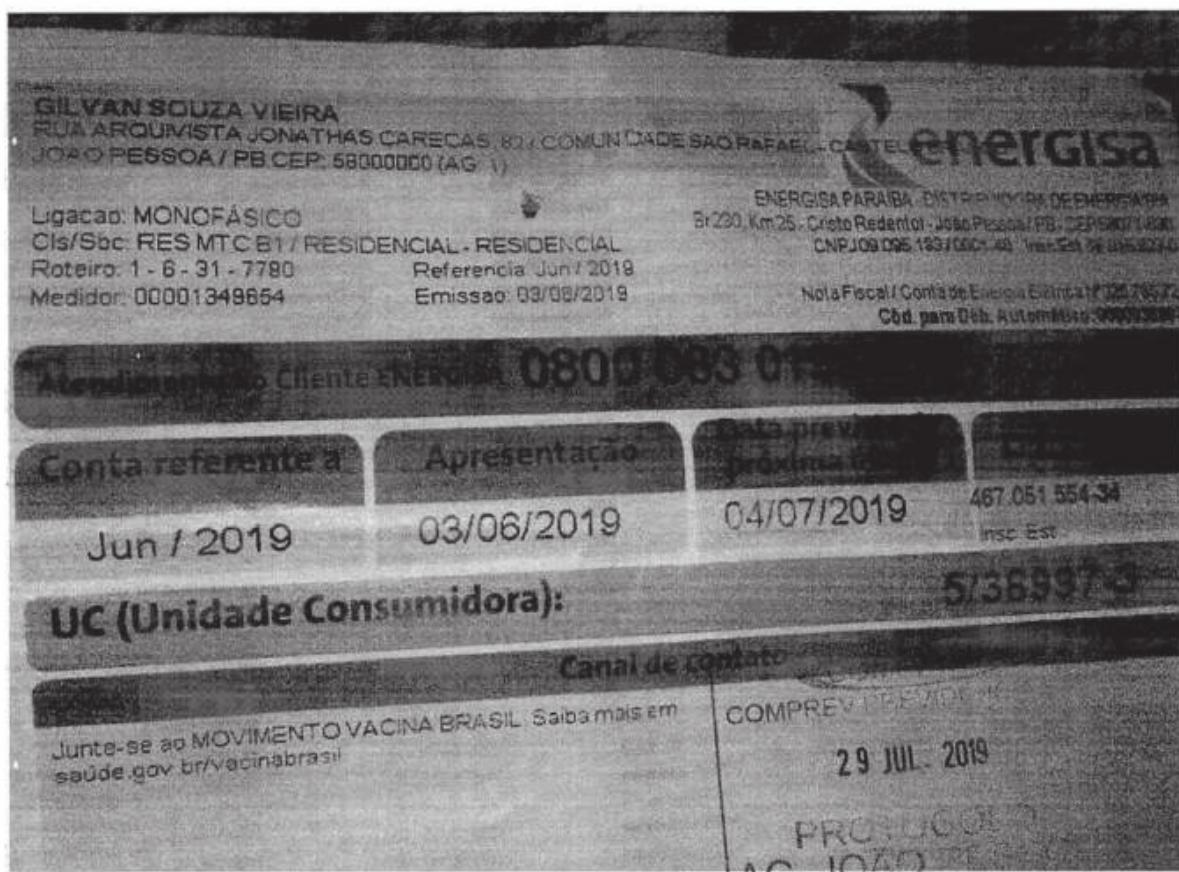
Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Sítio: Arrestado SV



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 15:47:38
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007201547381440000031119511>
Número do documento: 2007201547381440000031119511

Num. 32486300 - Pág. 18



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:
	467.051.554.34	Gilvan de Souza Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recurso	Endereço:	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Com. São Rafael	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	58000-000
	TNF (DDI):	(83) 986634900

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: CONTA: 9

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

MORTE

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - PB 29/07/19
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

29 JUL. 2019
 Assinatura

2º | Nome: PROTOCOLO
 CPF: AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A 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



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007201547381440000031119511

Número do documento: 2007201547381440000031119511

Num. 32486300 - Pág. 19



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

Num. 32486300 - Pág. 20

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



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 Nº0884-/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 VIEIRÁ
Noticiante



Procedimento Policial: 00154.01.2019.1.00.420

1/1



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

Num. 32486300 - Pág. 21



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 indé

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% d'
Valores indisponíveis) 25,00% : 12.500,00 =

PF 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, retorno 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-DRVAT

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:
	467.051.554.34	Gilvan de Souza Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recurso	Endereço:	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Com. São Rafael	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	58000-000
	TNF (DDI):	(83) 986634900

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - PB 29/07/19
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 JUL. 2019

Assinatura

2º | Nome: PROTOCOLO
 CPF: AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A 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



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

Num. 32486300 - Pág. 24



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. 0016/00162 - carta_02 - INVALIDEZ



00070081

Carta nº 14652089



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

Num. 32486300 - Pág. 25



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, contados 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 n° 14637417



B32a 01577/01578 - carta 01 - INVIA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 15:47:38
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007201547381440000031119511>
Número do documento: 2007201547381440000031119511

Núm. 32486300 - Pág. 26

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



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

Num. 32486300 - Pág. 27

PROCURAÇÃO

Outorgante: Gilvan de Souza Vieira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão pintor, residente e domiciliado à Rua Antônio Joaquim da Cunha, 82, bairro São Rafael - Contagem, Município de Belo Horizonte, Estado de(o) Minas Gerais, Cep.: 58000-000, portador(a) do RG nº 1.016.359, SSPB/PB e CPF nº 467.051.554-34.

Outorgado: Alessandra Polya Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão aeroporto, residente e domiciliado(a) à Rua Armando Falcão, Costa Duar, 137, bairro Mangabeira, Município de Belo Horizonte, Estado de(o) Minas Gerais, Cep.: 53056-384, portador(a) do RG nº 262.771-8, SSPB/PB e CPF nº 046.502.781-74.

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 10.1.02.1.19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalidez

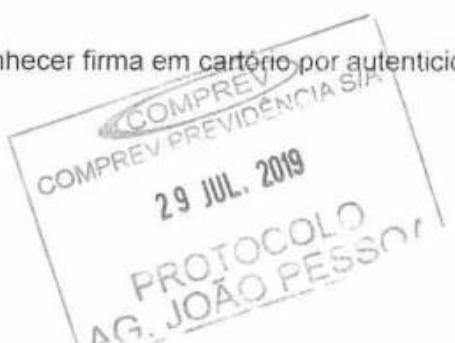
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim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



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
GILVAN DE SOUZA VIEIRAS
Em testi da verdade, João Pessoa-PB 20/05/2019 09:10:38
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
(2019-011185)MDL:R\$ 9,91 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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

Num. 32486300 - Pág. 30

**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 NEURORRÁFIA +TENORRÁFIA 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
() 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

