



Número: **0803401-93.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
J. D. S. G. (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
EDINALVA ELIAS DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33161088	12/08/2020 20:53	2742049_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711253

Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALVA ELIAS DA SILVA

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,

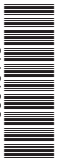
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15275221

Pag. 00897/00898 - carta_01 - INVALIDEZ

00010449





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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711253

Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALVA ELIAS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDINALVA ELIAS DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004203

Conta: 0000001584-5

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

191.251.487-70

4 - Nome completo da vítima:

João da Silva Galvão

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

5 - Nome completo:

João da Silva Galvão

6 - CPF:

191.251.487-70

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R - Prefetada

9 - Número:

516

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Área Rural

12 - Cidade:

Cidade de Mamanguape

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Edinalva Elias da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

063.609.064-73

19 - Profissão do Representante Legal:

Recuso

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

4203

CONTA:

01584

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível de quem assina a roga/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 04/12/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 20:53:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081220531841500000031742367

Número do documento: 20081220531841500000031742367

CAIXA Loterias

222-788943065-4

10/AGO/2019 HORA DF: 08:58:50

LOT. 13.022669-8 LOCALIDADE: CUITÉ DE MAMANGUAPE TERM 048406

AG. VINCULADA: 0044

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

4203.00001584-5

NOME: EDINALVA ELIAS DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012 SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE 05/08 SALDO

RESUMO EM 05/08 2,46 C

SALDO

RESUMO DO DIA 2,46

SALDO BLOQUEADO 0,00

SALDO DISPONIVEL 2,46

SALDO TOTAL 2,46

222-788943065-4

1ª VIA

CAIXA Loterias





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

191.251.487-70

4 - Nome completo da vítima:

João da Silva Galvão

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

5 - Nome completo:

João da Silva Galvão

6 - CPF:

191.251.487-70

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R - Prefetada

9 - Número:

510

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Área Rural

12 - Cidade:

Cidade de Mamanguape

13 - Estado:

PB CEP: 58000-000

15 - E-mail:

8986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Edinalva Elias da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

063.609.064-73

19 - Profissão do Representante Legal:

Recuso

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 4203

CONTA: 01584

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 04/12/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 20:53:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081220531841500000031742367

Número do documento: 20081220531841500000031742367

222-788943065-4

10/AGO/2019 HORA DF: 08:58:50

LOT. 13.022669-8
LOCALIDADE: CUITÉ DE MAMANGUAPE
AG. VINCULADA: 0044 TERM 048406

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
4203.00001584-5

NOME: EDINALVA ELIAS DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE 05/08 SALDO

RESUMO EM 05/08 2,46 C

SALDO

RESUMO DO DIA 2,46

SALDO BLOQUEADO 0,00

SALDO DISPONIVEL 2,46

SALDO TOTAL 2,46

222-788943065-4

1ª VIA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00311.01.2019.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00311.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:53 horas do dia 05 de dezembro 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 Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Edinalva Elias da Silva**, CPF nº 063.609.064-73, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria José da Silva e Milton Elais da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 12/03/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Capuaba, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Sítio Capuaba, na cidade de Cuitê de Mamanguape/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Capuaba, Sítio Capuaba, Cuitê de Mamanguape/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 14/07/19 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE a comunicante/declarante relata que o seu filho menor de 14 anos de idade, estava pilotando o veículo HONDA/NXR 150 de cor prata, placa: OGF: 3864/PB, Chassi :9C2KD0550ER107322, REGISTRADO EM NOME DE RODRIGO SEBASTIÃO DA SILVA (padastro do menor); QUE relata que o mesmo estava indo a casa da avó quando, quando veio a perder o controle da moto e caiu ao chão; QUE o mesmo foi socorrido para o posto de saúde da cidade de Cuitê de Mamanguape e em seguida foi transferido para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão em anexo número: 1817/2019, assinado pela médica: Rossana de Fátima Araujo, médica da Vigilância à saúde CRM/PB 3533; QUE não quer representar Criminalmente.

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


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2019.


EDINALVA ELIAS DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00311.01.2019.1.00.420





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 191.251.487-70 4 - Nome completo da vítima: Jean da Silva Galvão

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

5 - Nome completo: Jean da Silva Galvão 6 - CPF: 191.251.487-70

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R - Prefetada 9 - Número: 510 10 - Complemento:

11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Cuiabá de Mamanguape 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Edinalva Elias da Silva

18 - CPF do Representante Legal: 063.609.064-73 19 - Profissão do Representante Legal: Recusado

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 4203

CONTA: 01584

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura
de quem
assina a
roga/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 04/12/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 20:53:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081220531841500000031742367

Número do documento: 20081220531841500000031742367

CAIXA

222-788943065-4

10/AGO/2019 HORA DF: 08:58:50

LOT. 13.022669-8
LOCALIDADE: CUITÉ DE MAMANGUAPE
AG. VINCULADA: 0044 TERM 048406

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
4203.00001584-5

NOME: EDINALVA ELIAS DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE 05/08 SALDO

RESUMO EM 09/08 2,46 C

SALDO

RESUMO DO DIA 2,46

SALDO BLOQUEADO 0,00

SALDO DISPONIVEL 2,46

SALDO TOTAL 2,46

222-788943065-4

1ª VIA

CAIXA Loterias





CERTIDÃO

Nº. 1814/2019

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 Nº244811 e Prontuário nº 2019.07.1650 pertencentes ao paciente **JEAN DA SILVA GALVÃO** que foi atendido dia 14/07/2019 às 17h09min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/07/2019 com alta médica dia 23/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de Outubro de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica da Saúde
CRM-PB - 3533



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:	03/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALVA ELIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04203

CONTA: 000000001584-5

Nr. da Autenticação 12A488834FDCE7B6

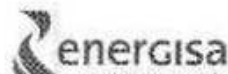


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é secundária de conta

Para obter mais detalhes sobre o boleto, consulte o site da Energisa: www.energisa.com.br N° 034.533.692



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.829-8

DADOS DO CLIENTE

GLEDSON MENDONÇA DO NASCIMENTO

RUA PROJETADA S/N

CUITE DE MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1897386-7

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

20/11/2019

CONSUMO

47

VENCIMENTO

27/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 38,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08861.594177 5 80860000003862				
Pagador: GLEDSON MENDONÇA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 052.789.694-23				
RUA PROJETADA S/N - AREA RURAL - CUITE DE MAMANGUAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008861584	001897386201911	27/11/2019	R\$ 38,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 20:53:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081220531841500000031742367>

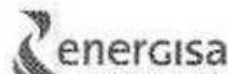
Número do documento: 20081220531841500000031742367

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é secundária de conta

Este boleto é emitido para pagamento da conta de fornecimento de energia elétrica Nº 034.533.692



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.829-8

DADOS DO CLIENTE

GLEDSON MENDONÇA DO NASCIMENTO

RUA PROJETADA S/N

CUITE DE MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1897386-7

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

20/11/2019

CONSUMO

47

VENCIMENTO

27/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 38,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08861.594177 5 80860000003862				
Pagador: GLEDSON MENDONÇA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 052.789.694-23				
RUA PROJETADA S/N - AREA RURAL - CUITE DE MAMANGUAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008861584	001897386201911	27/11/2019	R\$ 38,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 20:53:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081220531841500000031742367>

Número do documento: 20081220531841500000031742367



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1586 / Outras regiões: 0800 022 12 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 estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=79636>

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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

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

Jeandá Silva Galvão inscrito (a) no CPF sob o Nº 191.251.487-70

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jeandá Silva Galvão

inscrito (a) no CPF sob o Nº 191.251.487-70 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 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>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/12/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLRL-001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 20:53:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081220531841500000031742367>

Número do documento: 20081220531841500000031742367

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: 244811 Atd: Nao Regulad
Data: 14/07/2019
Hora: 17:09:41
Recepcionista: MARILENE AUGUSTO FERNA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JEAN DA SILVA GALVAO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.07.001650

CNS: 704807541721441 Sexo: M CERTIDAO DE NASC.: 7926 Fone: 981222908

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 19/08/2004 Id: 14 ano(s)

End.: SITIO CAPUABA, 00

Bairro: ZONA RUARL Cidade: CUIE DE MAMANGUAPE UF: PB

Mae: EDINALVA ELIAS DA SILVA

Pai: JOSE HILDO BARBOSA GALVAO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: SEM PROFISSAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JEAN DA SILVA GALVAO

Tel/Doc. Responsavel: 981222908 / CERTIDAO DE NASC.: 7926

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE POSTO DE SAUDE DE CUIE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM CUIE DE MAMANGUAPE/CONDUTOR

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

EC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

1 MA EM MSD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Referiu queda de moto há 15 horas
apresenta uso de capote. Make TCE, trauma
torácico, no abdômen. Supina, trans e
Diagnostico auto-moto [] Condutor

Prescrição

Horario da medicação

Indicação saúde
750/3ml, 14, em 17:55

Indicação saúde
Alto orange genl.

MARCELO GORLA GRANJEIRO
URGIAO GERAL
RQE Nº 6028
MIPB 12321

14/07/13 8º ORTOPEDIA

Ref. interna de acidente de moto,
quadrado dor + edema em antebraço
do RX, presença de enroscado art.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

CD. ① Enten

Ho. in

② Aceu

in

manid

Dr. Teófilo Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
CRM 93.989
RÉC 118216

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Jean da Silva Castro</u>		Data da Admissão: <u>14/07/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>
QPD: <u>Dor em anca/dor</u>			
HDA: <u>Alt. motivo de trauma/queda de motocicleta, fratura da perna esquerda em anca/dor</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia [] Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor			

Dr. Teófilo Vancan
Ortopedia e Traumatologia
CRM: PB 2890
TEFO: 36218

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:

40 RX, seleção de
ossos em estudo
articular

Hipóteses Diagnósticas:

ex. ossos do antebraço

Conduta:

Tratamento p/ Hx. unguis

Dr. Teófilo
Ortopedia e Y
CRM 16
TETO: 1

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



Nome: <i>GEAN DA SILVA GALVÃO</i>				Registro:	
Idade: <i>14a</i>	Sexo: <i>mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: <i>22/07/2019</i>			Cirurgião: <i>ANDRÉ RIBEIRO</i>		
1º Assistente: <i>VALDEBAN MR2</i>			2º Assistente:		
Anestesista: <i>CAMILA</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura dos Ossos do Antebraço DIREITO</i>					<i>S52.4</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>RAFI</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia***APOSIÇÃO DE GARROTE***Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***INCISAO ÚNICA DA ULNA + INCISAO DE ANTERIOR DE ANTEBRAÇO D.***Achados:***FX DE DIAFISARIA DE RADIO E ULNA***Conduta:***REALIZADO REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM PLACA 6 FUROS E PARAFUSOS CORTICAIS DE DIAFISE DE RADIO**REALIZADO REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM PLACA 6 FUROS E PARAFUSOS CRTICAIS DE DIAFISE DE ULNA**LAVAGEM EXAUSTICA COM SORO 0,9% ABUNDANTE***Fechamento:***Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele***Curativo***Retirada de garrote de membro superior**Observada boa perfusão periférica**Tala axilopalmar gessada***OBS:**Data: 22 / 07 / 2019

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
CRM 7692/PB
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO/CRM

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Cyara do Silveiro</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE:	SEXO:	COR:	CLÍNICA:
DATA DE ADMISSÃO: <u>14/7/19</u>		DATA DE ALTA: <u>21/7/19</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Falta de sono do autismo</u>		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>o mesmo</u>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx + Exame físico</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>PAFI</u>			
TERAPIA MEDICAMENTOSA:			
ANATOMIA PATOLÓGICA:			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA:			
CONDIÇÃO DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO: <u>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES</u>			
DIETA: <u>lup</u>		ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
REPOUSO: Relativo em casa por <u>30</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>60</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</u>			
MEDICAÇÕES PARA CASA:			
RETORNO: Ao posto de saúde em <u>Dr. Andy Pinheiro</u> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em <u>30 dias</u> para revisão.			
DATA: <u>23/7/19</u>		ASS. MÉDICO / CRM	

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar



 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

191.251.487-70

Nome

JEAN DA SILVA GALVAO

Nascimento

19/08/2004

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PARAIBA
COMARCA DE MAMANGUAPE
MUNICÍPIO DE QUITÉ DE MAMANGUAPE
DISTRITO DE QUITÉ DE MAMANGUAPE

Paulina Rodrigues de Bulhões do Registro Civil

Nascimento N.º 7.926

CERTIFICO que, às fls. 244v do livro n.º A-8, de Registro de Nascimentos, foi feito hoje o assento de JEAN DA SILVA GALVÃO

nascido aos dezenove (19) de agosto (08) de dois mil e quatro (2004) às 17 horas e 15 minutos, em Mamanguape, PB, no Hosp. Mat. Municp. n.º Sr.º do Rosário

do sexo masculino

filho de José Vilto Barbosa da Silva

natural de João Pessoa - PB

e de Dona Edinalva Elias da Silva

natural de Sítio Arroz, m/Mamanguape-PB, sendo ele casado e ela solteira, ambos agricultores.

Sendo avós paternos José Adelino Galvão

e Dona Maria Barbosa Galvão

maternos Milton Elias da Silva

ou Maria José da Silva

Foi declarante O próprio pai

e serviram de testemunhas Aderaldo Gomes de Souza e Eduardo Silveira de Souza, brasileiros, residentes nesta cidade.

Observações: Esta é a 1.ª Certidão.

X:

X:

X:

X:

X:

O referido é verdade e dou fé.

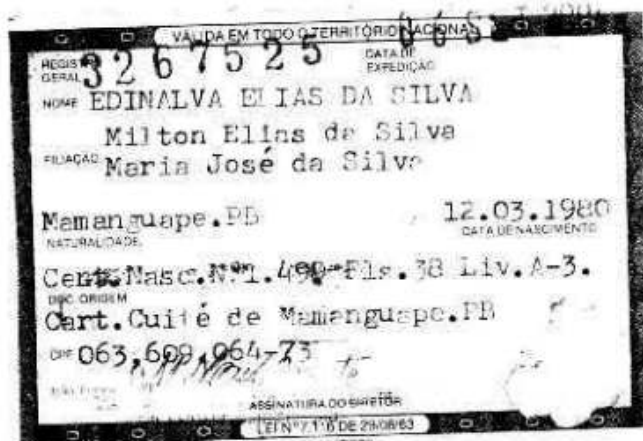
Quitê de Mamanguape

21 de

agosto

de 2004





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

USUÁRIO EM TODAS
AS INTERMEDIATÓRIAS NACIONAIS
894056231

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

IDENTIFICAÇÃO / CRI / EMISSOR RP
2627718 559 PB

CPF
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

PRONÚNCIA
ALEXANDRE DE ARAÚJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

FORMAÇÃO
000000000000

NOTA
000000

CETAR
75

Nº PROCESSO
01851789600

VALIDADE
16/04/2019

Nº HABILITAÇÃO
29/04/2001

ASSINATURA
ALEXANDRA CESAR DUARTE

USUÁRIO
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA
Rui Costa / Joao

66588156744
78027919595

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROBADO PLASTIFICAR
894056231



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711253 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711253 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Edinalva Elias da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão agricultora, residente e domiciliado à Rua Projeto da nº 51, bairro Área rural, Município de Cuité Mamanguape, Estado de (o) PB, Cep 58239-000, portador(a) do Rg nº 3267525, SSP/PB e CPF nº 063.609.064-73.

Outorgado: Alexandra Bezor Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Carlos Duarte nº 157, bairro Alameda Beira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep 58056-384, portador(a) do RG nº 2627718, SSP/PB e CPF nº 046.502.754-74.

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) Jean da Silva Galvão, ocorrido em 24/07/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validade.

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.

Cuité de Mamanguape 08 de agosto de 2019.

RECONHEÇO
OFÍCIO

Edinalva Elias da Silva
Outorgante
CPF Nº 063.609.064-73

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461084/19

Vítima: JEAN DA SILVA GALVAO

CPF: 191.251.487-70

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEAN DA SILVA GALVAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

EDINALVA ELIAS DA SILVA : 063.609.064-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JEAN DA SILVA GALVAO : 191.251.487-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

