



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
33161 088	12/08/2020 20:53	<a href="#">2742049_CONTESTACAO_Anexo_02</a>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 00897/00898 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010449

Carta nº 15275221



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

Num. 33161088 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

00020911  




## 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:  391.251.487-70 4 - Nome completo da vítima:  Jeanida 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:  Jeanida Silva Galvão 6 - CPF:  191.251.487-70  
 7 - Profissão:  Recuso 8 - Endereço:  R- Prefeita  
 11 - Bairro:  Área Rural 12 - Cidade:  Centro de Mamanguape  
 13 - Estado:  PB 14 - CEP:  58000-000  
 15 - E-mail:  83780034900  
 9 - Número:  500 10 - Complemento:

### DADOS CADASTRAIS

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  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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)

AGÊNCIA:  4203 CONTA:  01584 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 acima mencionado, 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. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa previsão 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:  Sim  Não 26 - Vítima deixou oucompanheira:  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 Vivos:  Sim  Não Falecidos:  Sim  Não Falecidos:  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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.

34

Reprodução  
digitalizada  
eletrônica  
devidamente  
assinada  
pelo declarante

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:

40 - Local e Data:  João Pessoa - PB 04/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

### TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



222-788943065-4  
 18/AGO/2019 HORA DF 08:58:50  
 LOT. 13.022069-8 TERM 018406  
 LOCALIDADE: CUITÉ DE MAMANGUAPÉ  
 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 2,46 C  
 RESUMO EM 05/08 2,46  
 SALDO 2,46  
 RESUMO DO DIA 2,46  
 SALDO BLOQUEADO 0,00  
 SALDO DISPONÍVEL 2,46  
 SALDO TOTAL 2,46  
 222-788943065-4  
 1ª VIA





## 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:  391.251.487-70 4 - Nome completo da vítima:  Jeanida 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:  Jeanida Silva Galvão 6 - CPF:  191.251.487-70  
 7 - Profissão:  Recuso 8 - Endereço:  R- Prefeita  
 11 - Bairro:  Área Rural 12 - Cidade:  Centro de Mamanguape  
 13 - Estado:  PB 14 - CEP:  58000-000  
 15 - E-mail:  83780034900  
 9 - Número:  500 10 - Complemento:

### DADOS CADASTRAIS

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  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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)

AGÊNCIA:  4203 CONTA:  01584  5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 acima mencionado, 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. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa previsão 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:  Sim  Não 26 - Vítima deixou oucompanheira:  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou herdeiro (varas/crias):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que de 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

Reprodução  
digitalizada  
eletrônica  
devidamente  
assinada  
pelo(a) declarante

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:

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

TESTEMUNHAS



222-788943065-4  
10/AGO/2019 HORA DF 08:58:50  
LOT. 13.022069-8 TERM 018406  
LOCALIDADE: CUITÉ DE MAMANGUAPÉ  
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 2,46 C  
RESUMO EM 05/08 2,46  
SALDO 2,46  
RESUMO DO DIA 2,46  
SALDO BLOQUEADO 0,00  
SALDO DISPONÍVEL 2,46  
SALDO TOTAL 2,46  
222-788943065-4  
1ª VIA



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



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**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 Cuité de Mamanguape/PB.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Sítio Capuaba, Sítio Capuaba, Cuité 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 Cuité 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2019.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

EDINALVA ELIAS DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00311.01.2019.1.00.420

1/1



## 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:  391.251.487-70 4 - Nome completo da vítima:  Jeanida 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:  Jeanida Silva Galvão 6 - CPF:  191.251.487-70  
 7 - Profissão:  Recuso 8 - Endereço:  R- Prefeita  
 11 - Bairro:  Área Rural 12 - Cidade:  Centro de Mamanguape  
 13 - Estado:  PB 14 - CEP:  58000-000  
 15 - E-mail:  83780034900  
 9 - Número:  500 10 - Complemento:

### 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  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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)

AGÊNCIA:  4203

CONTA:  01584

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 acima mencionado, 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. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa previsão 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:  Sim  Não 26 - Vítima deixou oucompanheira:  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou herdeiro (varas/crias):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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.

34

Reprodução  
digitalizada  
eletrônica  
devidamente  
assinada

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:

40 - Local e Data:  João Pessoa - PB 04/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



222-788943065-4  
 18/AGO/2019 HORA DF 08:58:50  
 LOT. 13.022069-8 TERM 018406  
 LOCALIDADE: CUITÉ DE MAMANGUAPÉ  
 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 2,46 C  
 RESUMO EM 05/08 2,46  
 SALDO 2,46  
 RESUMO DO DIA 2,46  
 SALDO BLOQUEADO 0,00  
 SALDO DISPONÍVEL 2,46  
 SALDO TOTAL 2,46  
 222-788943065-4  
 1ª VIA



## CERTIDÃO

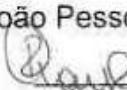
Nº. 1814/2019

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 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de Outubro de 2019

  
Rossana de Fátima Araújo Barbosa  
Médica da Vigilância à 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



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

Num. 33161088 - Pág. 11

# BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-460  
CNPJ 29.096.183/0001-40 - Inscrição 16.015.823-4

Documento com valor fiscal.  
Documento não é comprovante de compra.  
Para outras esferas, apresentar o recibo fiscal para o seu serviço.

## DADOS DO CLIENTE

GLEDSO MENDONCA DO NASCIMENTO  
RUA PROJETADA S/N  
CUITE DE MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1897386-7

## REFERENCIA

NOV/2019

## APRESENTAÇÃO

20/11/2019

## CONSUMO

47

## VENCIMENTO

27/11/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 38,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08861.594177 5 8086000003862				
Pagador: GLEDSO MENDONCA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 052.789.894-23				
RUA PROJETADA S/N - AREA RURAL - CUITE DE MAMANGUAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 2624912008861594	Nr Documento 001897386201911	Data Vencimento 27/11/2019	Valor do Documento R\$ 38,62	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.096.183/0001-40



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

Num. 33161088 - Pág. 12

# BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-460  
CNPJ 29.096.183/0001-40 - Inscrição 16.015.823-4

Documento com valor fiscal.  
Documento não é comprovante de compra.  
Para outras esferas, apresentar o recibo fiscal para o seu serviço.

## DADOS DO CLIENTE

GLEDSO MENDONCA DO NASCIMENTO  
RUA PROJETADA S/N  
CUITE DE MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1897386-7

## REFERENCIA

NOV/2019

## APRESENTAÇÃO

20/11/2019

## CONSUMO

47

## VENCIMENTO

27/11/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 38,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08861.594177 5 8086000003862				
Pagador: GLEDSO MENDONCA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 052.789.894-23				
RUA PROJETADA S/N - AREA RURAL - CUITE DE MAMANGUAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 2624912008861594	Nr Documento 001897386201911	Data Vencimento 27/11/2019	Valor do Documento R\$ 38,62	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.096.183/0001-40



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

Num. 33161088 - Pág. 13





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/COCORINCIAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

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

Jeanida Silva Galvão Inscrito (a) no CPF sob o N<sup>º</sup> 191.251.487-70  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez ca Vítima Jeanida Silva Galvão

Inscrito (a) no CPF sob o N<sup>º</sup> 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscau José, 6. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Changabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDDI):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 04/12/19

Assinatura do Declarante

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  
Repcionista: MARILENE AUGUSTO FERNA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JEAN DA SILVA GALVAO

Num. Prontuario: 2019.07.001650

CNS: 704807541721441 Sexo: M CERTIDAO DE NASC.: 7926 Fone: 9812222908

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

End.: SITIO CAPUABA, 00

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

Mae: EDINALVA ELIAS DA SILVA

Pai: JOSE HILDO BARBOSA GALVAO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JEAN DA SILVA GALVAO

Tel/Doc. Responsavel: 9812222908 / CERTIDAO DE NASC.: 7926

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE POSTO DE SAUDE DE CUITE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

“Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao

MA EM MSD

História - Exame Fisico - hora do atendimento medico

Responde que de ontem há tres horas  
aparece esse de copaete. Messe TCE, trânsa  
doráceo no abdômen. Exponha trânsa en  
Diagnóstico ant. mês 9 | Conduta:  Sobece radiografia  
bresy D

Prescrição

Relaxante sádico  
750ml, L, m, an 7/1995

Horário da medicação

Ortopedico

Abc aminge gerl.

MARCELO JORGE GRANJE  
JURGÃO GERAL  
RQE N° 6028  
RQE N° 12321



14/07/13 8º ORTOPEDIA

Pt. vítima de acidente de moto,  
apresentando dor + edema em articula-  
ção RX, fratura de env. do ant

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

CD. ① Entrar

No. in

② Ator c

ain  
mien

Dr. Teófilo Vanemark  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SP 2690  
TELE: 76216

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

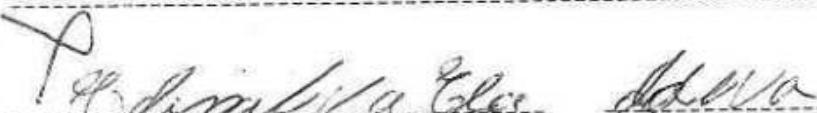
Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia  Transferido  Desistencia  UTI  
 Alta a pedido  Enfermaria  Obito:  Atestado  SVC



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Jean da Silva Góes **Data da Admissão:** 14/10/18  
**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_  
**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Sexo: F ( ) M ( )** **Cor:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_  
**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** 11/11/18

**QPD:** Tor em onthago (D)

**HDA:** Plt. urtivo de tuerca/odontite de molar(6), queimando dor e estor em onthago (D)

**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

**Dr. Teófilo Vianomark**  
CRM: PB 9690  
TELE: 36215

**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 Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** Dor \_\_\_\_\_ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

**AGU:** Disúria Incontinência Retenção Políuria Oligúria Noctúria Hematúria Mal Cheiro Corrimento Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** Dor \_\_\_\_\_ Rigidez pós-reposo Deformidades Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

**SN e PSQ:** Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_ Amnésia Libido Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] JTB [ ] 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: *40 RX, nenhuma alteração  
encontrada em ambas**ambas normais**ambas normais*

Dr. Teófilo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 18  
TELE: 1





Nome: <b>GEAN DA SILVA GALVÃO</b>				Registro:
Idade: 14a	Sexo: mas	Cor:	Clínica: Traumato	EMP: LR:
Data: 22/07/2019		Cirurgião: ANDRÉ RIBEIRO		
1º Assistente: VALDEBAN MR2		2º Assistente:		
Anestesista: CAMILA		Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>
<i>Fratura dos Ossos do Antebraço DIREITO</i>				<i>S52.4</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>				
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				<b>CÓDIGO</b>
<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				

**DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA**

**Posição e Preparo:**

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia*

**APOSIÇÃO DE GARROTE**

**Assepsia + Antissepsia**

*Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

**Incisão:**

**INCISÃO ÚNICA DA ULNA + INCISÃO DE ANTERIOR DE ANTEBRAÇO D.**

**Achados:**

**FX DE DIAFISARIA DE RÁDIO E ULNA**

**Conduta:**

**REALIZADO REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM PLACA 6 FUROS E PARAFUSOS CORTICIAIS DE DIAFISE DE RÁDIO**

**REALIZADO REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM PLACA 6 FUROS E PARAFUSOS CORTICIAIS DE DIAFISE DE ULNA**

**LAVAGEM EXAUSTIVA 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	<i>Cyrus de Souza Góes</i>			PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	ESCOLA	CLÍNICA	ENFERMAGEM	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	14/7/19			DATA DE ALTA	21/7/19
DIAGNÓSTICO INICIAL	<i>FAT de sono do autônomo</i>			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	<i>O Meno</i>			CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	<i>Rx + Exame fígado</i>				
PROCEDIMENTO REALIZADO:	<i>PAFTI</i>				
TERAPÉUTICA 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					
CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/>	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:	<i>lup</i>				
REPOUSO:	Relativo em casa por <u>30</u> dias. Retorno às atividades com 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: Lavar 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.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>Dr. André Almeida</u> em <u>30</u> dias para revisão.				
23/7/19.					
DATA			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 PARAÍBA

COMARCA DE NAMANGUAPÉ

MUNICÍPIO DE CUITÉ DE NAMANGUAPÉ

DISTRITO DE CUITÉ DE NAMANGUAPÉ

José do Registro Civil  
José Rodrigues de Bulhões

**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 Namanguapé-PB, no Hosp. Mat. Munic. n.º Sra do Rosário

, do sexo Masculino

filho de José Adelino Barbosa da Silva

natural de João Pessoa-PB

e de Dona Edinalva Elias da Silva

natural de Sítio Arroz, n.º Namanguapé-PB, sendo ele casado e ela solteira, ambos agricultores.

Sendo avôs paternos José Adelino Galvão

e Dona Maria Barbosa Galvão

paternos Milton Elias da Silva

filho Maria José da Silva

For declarante O próprio pai

e serviram de testemunhas Adervaldo Gomes de Souza e Eduardo Silveira de Souza, brasiltires, identes

Observações: Esta é a 1ª Certidão.

X:

X:

X:

X:

O referido é verdade e dou fé.

Cuité de Namanguapé

21 de agosto de 2004



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGIS GERAL	3267525
DATA DE EXPEDIÇÃO	
NAME	EDINALVA ELIAS DA SILVA
Milton Elias da Silva	
FILIAÇÃO	Maria José da Silva
Mamanguape.PB	12.03.1980
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
Centro Masc. N° 1.400 - Fis. 38 Liv. A-3.	
DOC. ORIGEM	
Cart. Cuité de Mamanguape.PB	
063,600-064-73	
Assinatura do Sertão	
LEIA 716 DE 21/08/83	



## 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO

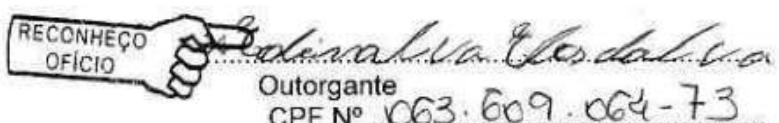
Outorgante: Edinalva Elias da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão agricultora, residente e domiciliado à Rua Projeto de SN, bairro Área rural, Município de Cuité Mamanguape, Estado de (o) PB, Cep. 58289-000, portador(a) do RG nº 326.7525, SSP/PB e CPF nº 063.609.064-73

Outorgado: Alejandro Cesar Luizete, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão agricultor, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal F. Corte D'ante 157, bairro Área rural, Município de Cuité Mamanguape, Estado de (o) PB, Cep. 58289-384, portador (a) do RG nº 362.7718, SSP/ PB e CPF nº 016.502.754-74

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 imvalidiz

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 108 de agosto de 2019.

  
RECONHECIMENTO  
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

**Data do acidente:** 14/07/2019

**CPF:** 191.251.487-0

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JEAN DA SILVA GALVAO

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019  
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 - 12/08/2020 20:53:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081220531841500000031742367>  
Número do documento: 20081220531841500000031742367

Num. 33161088 - Pág. 30