



18/09/2020

Número: **0830945-56.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GIVANILSON NUNES DA SILVA (AUTOR)		THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34471995	18/09/2020 10:05	2750054_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, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377255

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JACQUELINE PONTES DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVANILSON NUNES 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 14455470

Pag. 01189/01190 - carta_01 - INVALIDEZ

00020595





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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377255

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JACQUELINE PONTES DA COSTA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIVANILSON NUNES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00335/00336 - carta_04 - INVALIDEZ

00070168



Carta nº 14489711





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: 4 - Nome completo da vítima: 110.627.554-30 Guilherme Nunes da Silva

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

5 - Nome completo: Guilherme Nunes da Silva 6 - CPF: 110.627.554-30

7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: São Tavares 9 - Número: 510 10 - Complemento:

11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Rio Tinto 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58297-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98877-6433

DADOS CADASTRAIS

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:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2547 ☒ CONTA: 20.731 ☒ 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 da invalidez permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vai nascer)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 12/06/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00224.01.2018.1.02.011

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00224.01.2018.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:05 horas do dia 14 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélcio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Givanilson Nunes da Silva**, CPF nº 110.627.554-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Severina Virginio da Silva e Givanildo Nunes da Silva, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 24/01/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Sítio Tavares, Nº s/nº, complemento casa, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Rio Tinto/PB, telefone(s) para contato (83) 99326-4566.

Dados do(s) Fatos:

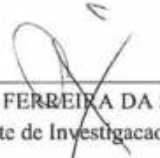
Local: Sítio Tavares, Próximo a Sua Residência, nº s/nº, Casa, Zona Rural, Rio Tinto/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 19/06/16 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

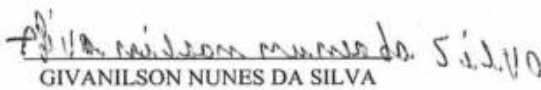
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

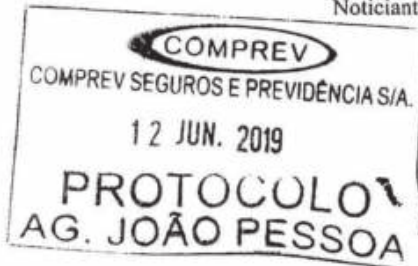
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS DE COR VERMELHA, DE PLACA OEV-2108-PB, CHASSI Nº 9C2JCH110BR801255, NOME DE ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE, AO ULTRAPASSAR O QUEBRA MOLAS PRÓXIMO A CASA DE SEU RAIMUNDO, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE MAMANGUAPE, E LOGO APÓS FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA NESTA CAPITAL CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 31/10/2016.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 14 de agosto de 2018.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


GIVANILSON NUNES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00224.01.2018.1.02.011





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: GERAMILSON XUMES DA SILVA

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

5 - Nome completo: GERAMILSON XUMES DA SILVA 6 - CPF: 110.627.554-30
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: São Tavares 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Rio Tinto 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58297-000
15 - E-mail: (81) 98877-6433 16 - Tel. (DDD):

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:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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)

AGÊNCIA: 2547 ☒ CONTA: 20.731 ☒

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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 da lesão permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascit)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: PB 12/06/19

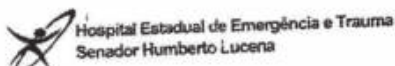
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

HX + TC + USG



ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 928175



Identificação do paciente			
ID 1049963	Nome GIVANILSON NUNES DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/01/1993	Idade 23 anos 4 meses 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe SEVERINA VIRGINIO DA SILVA		Responsável (Parentesco) JOSENEIDE VIRGINIO - IRMAO(A)	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		DDD Fixo	Fone Fixo
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991382399	Nº Cns	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3948681	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Local de procedência RIO TINTO		CBO/R	
Email	Naturalidade RIO TINTO		
Endereço			
CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro TAVARES
Número SN	Complemento		Bairro ZOA RURAL
Admissão			
Data e Hora 19/06/2016 20:43:12	Número da pulseira 4674008	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA x mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
COMPREV COMPREV 12 JUN 2019 PROTUCULOT AG. JOÃO PESSOA TOMOGRAFIA CRANIO + FACE DATA: 19.06.16			
Diagnóstico			
Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO			
Tempo 02min 42seg			

Imprimir

24/06

19/06/2016 7



19.06.2016 Neuro
21:50h

KE

Quebra Mota

Glasgow (15)

Pupilas Ix

Sem deficit

E CENIO Normal

2
mota:

Bituka

Acta Neuro

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB: 6800





Model: 7700070642 Referência: 16/2018
Emissão: 20/08/2018

STERILIZATION DISTRIBUTION SERVICE
P.O. Box 25, Cruz Verde, Jalisco, Mexico - C.P. 46071-480
Tel: 011 52 33 361 1001-40 Fax: 011 52 33 361 1001-40

Nota Técnica/Conta de Energia Elétrica Nº05 446 866
Cód. para Deb. Automático: 0000116140

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energis.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mai / 2019	24/05/2019	25/06/2019	727.401.324-68 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/617474-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi chodado pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saúde.gov.br/vacinaBrasil

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
24/04/13	14893	24/05/13	14930		1		181		30
Demonstrativo									
Col	Descrição	Quantidade (m³)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$) / m³	Valor Base (R\$) / m³	Valor Base (R\$) / m³	Valor Base (R\$) / m³	Valor Base (R\$) / m³	Valor Base (R\$) / m³
0601	Consumo até 300 kWh/BR	33,000	0,288190	8,65	8,65	27	3,31	3,46	0,08
0601	Consumo > 300 e 1000 kWh/BR	74,000	0,468910	34,20	34,20	27	8,34	8,40	0,06
0601	Consumo > 1001 e 2200 kWh/BR	91,000	0,723970	66,13	66,13	27	18,02	18,07	0,05
0601	Adic. B. America			1,29	1,95	27	0,43	1,00	0,01
0610	Subsídio			46,33	69,50	27	12,84	46,33	0,45
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB LUM PUBLICA			11,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0608	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR IDC USG/2012			12,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0610	Devolução Subsídio			27,54	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CDI Código de Classificação do Bem	TOTAL	100.00	107.00	42.00	107.00	1.00	7.00
Taxa de Tributos A16.304V09 0.192000	A16.100A19 0.320000	A16.220A19 0.405400					

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
146	31/05/2019	R\$ 136,99

Histórico de Consumo (kWh)

142	144	100	138	101	122	164	154	151	162	178	143
Mar18	Jun18	Jul18	Apr18	Sept18	Oct18	Nov18	Dec18	Jan19	Febr19	Mar19	Apr19

40f7.75c2.fe04.435b.e65a.a8fc.6fe6.b861

[illegible]

Volante E. 8D (Ref. 1, 2013) 64 34 71

ATENÇÃO

ATENÇÃO

RELAÇÃO DE VENCIMENTOS: O caso (R) (Rural) do assessorado (R) gerenciado com um assessor (R) foi encaminhado para a apreciação a partir de 06/03/2012. Conforme a Resolução 414 da ANEEL, o pagamento do assessorado não pode ser realizado antes da decisão de suspensão de fornecimento, caso o assessorado não tenha comunicado as contrapartidas não estarem em condições comerciais para a concessão. Caso a tarifa efetuada (pagamento rural) (tarifa) (tarifa) seja concedida, esta não poderá ser cobrada a partir da data de início da concessão de prestação de serviço. No caso de não fornecimento, a suspensão de fornecimento em função de processo de crédito no caso de fornecimento de tarifa não é autorizada pelo Banco Mundial.

- Tarifa confirmada

COMPROVANTE

Faturas em atraso

Abr/19 103,10

COMPREV
12 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 025.552.254



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-680
CNPJ 09.095.163 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.923-0

DADOS DO CLIENTE

JACQUELINE PONTES DA COSTA
RUA MARIA ALVES DA ROCHA 45 AP 305
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1318108-6

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

27/05/2019

CONSUMO

195

VENCIMENTO

03/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,03

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JACQUELINE PONTES DA COSTA

Roteiro: 16-006-205-0169

83660000001-9 78030149000-6 13181082019-4 05300006019-3

VENCIMENTO

03/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,03

MATRÍCULA

1318108-2019-05-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:05:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810054852600000032963217>

Número do documento: 20091810054852600000032963217

Num. 34471995 - Pág. 9

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 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=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Yacqueline Pontes da Costa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.255.207 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Gilvanilson Nunes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 410627.554 / 30,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilvanilson Nunes da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 410.627.554 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua M^a Alves da Rocha</u>	Número: <u>45</u>	Complemento: <u>AP 305</u>
Bairro: <u>Aeroporto Clube</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58036-865</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98877-6433</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 12/06/2019

Assinatura do Declarante

Yacqueline Pontes da Costa



DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE,
RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____,
portador do CPF nº 954.193.574.53, com Domicílio na
cidade de PARAÍBA, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) DEPUTADO B. M. CARVALHO,
nº 68, complemento, APT., declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima GIVANILSON NUNES DA SILVA,
cujo o condutor era GIVANILSON NUNES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Ano: 2011
Modelo: HONDA CG FAN 125
Placa: DEV-2108-PB
Chassi: 9C2JC4110BR801255
Data do acidente: 19-06-2016

Local e data: RIO TINTO 10-06-2019

X Aristoteles Fernandes de Albuquerque
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Protocolo de Títulos - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Pessoas jurídicas

ADSON HUGO PIMENTEL
TITULAR
Rua da Mangueira, 29 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
56297-000 - Fone: (83) 3291-2342 - e-mail: geral@pimentel.com

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE.....
Em testada verdade, Rio Tinto-PB 10/06/2019 10:36:46
Felipe Ricardo Nobrega da Silva - Escrevente
[2019-001962]EML:R\$ 19,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,90
SELLO DIGITAL: A1551415-0M63
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjbpb.br>



Felipe Ricardo Nobrega da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADO



Audiometria
 Acupuntura
 Alergologia
 Angiologia
 Cardiologia
 Cirurgia Geral
 Cirurgia Plástica
 Clínica Médica
 Dermatologia
 Fisioterapia
 Endocrinologia
 Endoscopia
 Ecocardiografia
 Eletroencefalograma
 Gastroenterologia
 Geriatria
 Ginecologia
 Holter 24 horas
 Laboratório
 Mastologia
 Mamografia
 M.A.P.A.
 Neurologia
 Nefrologia
 Nutrição
 Nutrição Ortomolecular
 Odontologia
 Otorrinolaringologia
 Oftalmologia
 Ortopedia
 Pediatria
 Pneumologia
 Psicologia
 Psiquiatria
 Proctologia
 Radiologia Geral
 Reumatologia
 SI. Enfermagem
 SI. Pq. Procedimentos
 Teste Ergométrico
 Ultrassonografia
 Urologia



Laudo Médico

Paciente Jovamila Nunes
 de Silva, refere acidente
 de moto no dia 19/06/16
 com traumatismo cranio-
 cefálico de hospitalar de
 20/06/16, com queixa
 de hipocúria. Exame clínico
 no momento da observação normal
 exame audiológico apresenta
 perda auditiva sensorial
 de grau profundo bilateral
 OTO 14903.

João Pessoa, 06-6-19

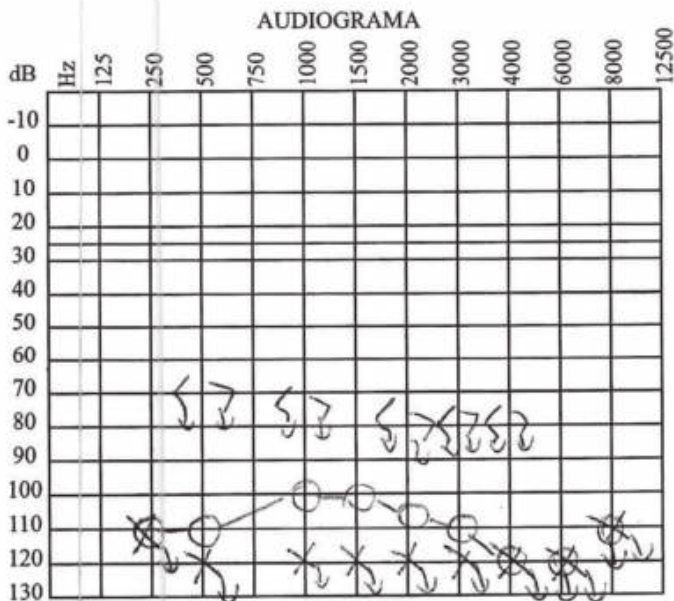
Dr. João Pessoa
 Otorrinolaringologista

O PACIENTE TEM DIREITO A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS A PARTIR DA CONSULTA
 Rua Francisco Manoel, 77 - Jaguaribe - Fones (83) 2106 8585 2106 8568 2106 8569
 hospitaoluiz@bol.com.br



Avaliação Audiológica

NOME: Guilherme Nunes do Silveira RG: _____
IDADE: 26 SEXO: M PROFISSÃO: _____
SOLICITANTE: _____ Audiômetro: AD225h Imitanciômetro: _____ DATA: 06/06/19



Médias/dBNA	
OD	OE
VO <u>↑ 70</u>	↑ 70
VA <u>↑ 55</u>	↑ 70

Mascaramento - dBNS			
VAD	até	VOE	até
VAE	até	VOE	até

IRF - OD			
	dBNA	%	Masc.
Mono			dBNS
Dis			dBNS
Tri			dBNS

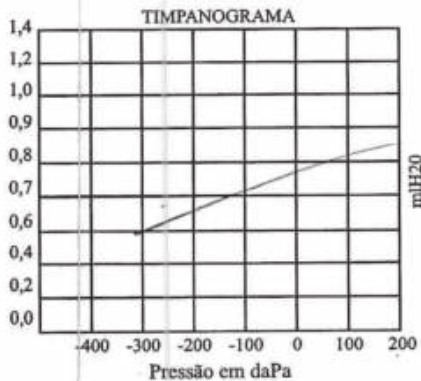
IRF - OE			
	dBNA	%	Masc.
Mono			dBNS
Dis			dBNS
Tri			dBNS

SRT		
	dBNA	Masc.
OD		dBNS
OE		dBNS

SDT		
	dBNA	Masc.
OD		dBNS
OE		dBNS

Níveis de Desconforto Tonal				
Freq.	0,5	1	2	4 KHz
OD				dBNA
OE				dBNA

FALA			
	MCL	UCL	
OD			dBNA
OE			dBNA



	OD	OE
Volume (ml)		
Complac (ml)		
Pressão (daPa)		

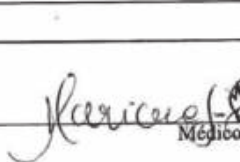
Reflexo Acústico Estapediano (R.A.F.)									
c/g	limiar	CL	difer.	IL	limiar	CL	difer.	IL	
500									
1000									
2000									
4000									
Direito					Esquerdo				

Marcação por referência

Audiometria - Resultado: Perda auditiva surdo-neural de grau profundo
bilateralmente.

Imitanciometria - Resultado: _____

OBS.: _____

 Mariana Saraiva Garcia
Fonoaudióloga
CRFa: 9838





Dra. Suzyanne Oliveira
Oftalmologista | CRM 5688-PR

MEMBRO TITULAR DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Para: GIVANILSON NUNES DA SILVA
Convênio: PARTICULAR

Dados Clínicos:
BAV EM OLHO ESQUERDO QUE RELACIONA AO TRAUMA EM 2016. ACIDENTE
DE MOTO.

CID H54.5

Observação: AVALIAR SE A VIA OPTICA ESTA LESIONADA.
COM CORTES

JOAO PESSOA, 11/06/2019

Dra. SUZYANNE OLIVEIRA
CRM 5688-PR
OFTALMOLÓGICA
Dra. Suzyanne Oliveira
CRM 5688-PR
OFTALMOLÓGICA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GIVANILSON NUNES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	25/01/93
NOME DA MÃE	SEVERINA VIRGINIO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	928.175
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/16
HORA DO ATENDIMENTO	20:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS NA FACE E NO COURO CABELUDO
CID 10	S01.7 + S01.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma na face, com edema e ferimentos corto-contusos. Pupilas fotorreagentes e isocóricas. Presença também de ferimentos múltiplos no couro cabeludo. TC de face: sem fraturas.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia do abdômen total
RX de coluna cervical P
RX de torax AP
RX de bacia AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos normais.

TRATAMENTO:

Suturas dos ferimentos na cabeça.

ALTA HOSPITALAR:	20/06/16
DATA DA EMISSÃO:	31/10/16

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Primeiro Atendimento Médico



4674888
GIVANILSON NUNES DA SILVA
DT. NASC.: 25/01/1993
RAE: SEVERINA VIRGINIO DA SILVA
BE.: 928175

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: TAVARES
N. SN - ZOA RURAL
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (83) 991302359
TORDE: 23
DT. ENTRADA: 19/06/2016 20:43:12

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

- vítima de acidente de moto. Sem capacete.
- lesões múltiplas. Lesão cervical. Lesão abdominal.
- ferimento em um membro.
- di: 1) Equilíbrio fisiológico + fratura de costela.
2) Avaliação de lesão + AMP
3) Análises
4) Lesão cervical + fratura de tórax
5) Avaliação de lesão

Alberto Barros Araujo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10295

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☒ Pérvias () Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNEIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim
() Não
HTD: ☒ Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: ☒ Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ Imp SaO₂: _____ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow: 15

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO: ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS: ☒ Normotônicas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO: () Presente () Ausente
BE OU B4: () Sim () Não

FC: 97 bpm PA: 110 x 80 mmHg T: _____ °C

ECG:

ECG: 14:17M NET: 125

ABDOMEN:

abdome normal
sem sinais de
lesão abdominal

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

FINGI.CC.001-1



[illegible]

F(NG).ENF.018-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



4674008
SIVANILSON MUNES DA SILVA BE: 928175
DT. NASC.: 25/01/1993
MÃE: SEVERINA VIRGINIO DA SILVA

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

END.: TAVARES
N. SN - ZONA RURAL
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (83) 991382358
IDADE: 23
DT. ENTRADA: 19/06/2016 20:42:12

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
20/06/16	00:00	Inf. Pt vítima de trauma da face por acidente motocarístico. Exame físico: * Odont. facial * FCC maxilar e inferior * Odont. parcial * Rinos. sem lesões * Sem lesões oculares TC da face sem fraturas da face Co. Amputação + sutura site BNF Procedimento da Gingiv. Geral -> Extensão fragmentos em caso colado
20/06/16		* CIRURGIA GERAL - 07:00h - Realização de sutura do couro cabeludo. - FAST SEM ALTERAÇÃO - Radiografia de TBMX sem alterações - Coi alta de curativo facial

Dr. Rui Medeiros, Msc
Cirurgião Especialista - Facial
Impedimento
CRONE 826 - CRONE 826

Alberto Barros Araujo
Médico Residente - Clínica Geral
CRM-PB 10.35

F(NQ)ENF.018-1

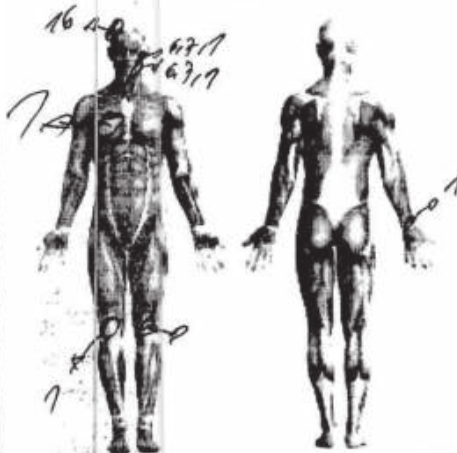


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☒ Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não () Sim: _____
 PATOLOGIA: () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias → CERVICAL, TÓRAX, BACOS () Lavado peritoneal
☒ Ultrassonografia (FAST) → ABDOMEN () Gasometria arterial
☒ Tomografia computadorizada → CERVICAL () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. ATENDIMENTO INICIAL		Alberto Barros Araújo
2. SRS		Médico Residente - Cirurgia Geral
3. VACINA BCG - TETANUS (FC)		CRM-PB 10295
4. PROFISSIONAL 7 ANOS 100% (FC)		Alberto Barros Araújo
5. SRC 2000-1-5		Médico Residente - Cirurgia Geral
6. ADICIONAR GRUPOS A TC		CRM-PB 10295
7. AVALIAÇÃO DE		
8. REAVALIAÇÃO		
9.		
10.		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA 20/06/2016
 SAÍDA _____
 HORAS: 01:00
 () Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde) _____
 () Internado (setor) _____
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

Alberto Barros Araújo
 Médico Residente - Cirurgia Geral
 CRM-PB 10295

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: GIVANILSON NUNES NDA SILVA

BE: 928175

19/06/2016 21:42:46

ULTRASONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.


Dra. Danielle Carvalho de Sá Pereira
CRM 6088

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada. Deve-se ainda considerar o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: GIVANILSON NUNES DA SILVA
BE: 928175
DATA: 21.05.2016
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 19.06.2016

RX. COLUNA CERVICAL P
VÉRTEBRAS CERVICAIS VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

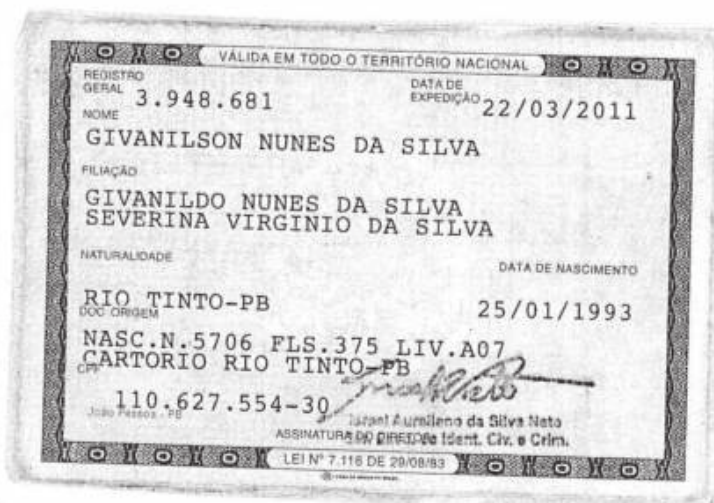
RX. BACIA AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.
Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

55

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JACQUES POTTER DA COSTA

1665475891

DTM 024-201-78105/09/1976

JACQUES POTTER DA COSTA

06934282975

22/05/2020

16/10/2020

JOÃO PESSOA / PB

PARAIBA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377255 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE; TRAUMA CORTO-CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377255 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE; TRAUMA CORTO-CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Givanilson Nunes da Silva
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** solteira
PROFISSÃO: desempregada **Nº DO RG:** 3.948.681
ORGÃO EMISSOR: SSD5 IPB **DATA DE EMISSÃO:** 22/02/2014
Nº CPF: 110.627.554-30 **ENDEREÇO:** Sítio Tavares, s/n,
Área Rural - Rio Tinto - PB

OUTORGADO: Jaqueline Pontes da Costa
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** solteira
PROFISSÃO: desempregada **Nº DO RG:** 06934282975
ORGÃO EMISSOR: 10/07/1PB **DATA DE EMISSÃO:** 30/10/2018
Nº CPF: 076.255.207-73 **ENDEREÇO:** Rua Maria Alves
da Rocha, 45 AP 305, CEP: 58036-965 - Amarelinda

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Givanilson Nunes da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Rio Tinto, 10 de junho de 20 19.

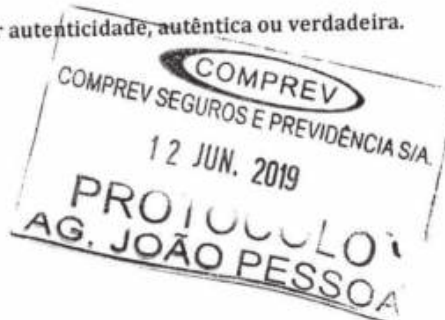
Givanilson Nunes da Silva
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Núcleo - Pólo de Tóquio - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Registro Jurídico

ADSON HUGO PIMENTEL
TITULAR
Rua da Mangueira, 23 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
58207-500 - Fone: (33) 3291-2342 - servizenho@gmail.com

Reconheço, como autêntica e verdadeira, as(s) Firmas(s) de:.....
GIVANILSON NUNES DA SILVA.....
Em test. da verdade, Rio Tinto-PB 10/06/2019 10:39:30
Felipe Ricardo Nobrega da Silva - Escrevente
(2019-001965)EMUL:R\$ 89,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: A1931418-3151
autenticidade em <https://selodigital.tjb.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199990/19

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

CPF: 110.627.554-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/06/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVANILSON NUNES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JACQUELINE PONTES DA COSTA : 076.255.207-73

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

GIVANILSON NUNES DA SILVA : 110.627.554-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: JACQUELINE PONTES DA COSTA
CPF: 076.255.207-73

JACQUELINE PONTES DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

