
Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190190546

Vítima: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEYCIANE ARCANJO MARTINS

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

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190190546

Vítima: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEYCIANE ARCANJO MARTINS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentos de identificação incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190190546

Vítima: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

Data do Acidente: 02/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEYCIANE ARCANJO MARTINS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003488

Conta: 000009870-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

059.223.864-41

Geysiane Arcanjo Martins

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

Nome completo:

Geysiane Arcanjo Martins

CPF:

059.223.864-41

Profissão:

estudante

Endereço:

Rua Manoel Francisco dos Santos

Número:

96

Complemento:

Aptº 102

Bairro:

Funcionários

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58073-662

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3488

CONTA:

9870

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

Local e Data, João Pessoa, 08 de março de 2019

Nome: Geysiane Arcanjo Martins

CPF: 059.223.864-41

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geysiane Arcanjo Martins

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02457.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02457.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:55 horas do dia 28 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Geyciane Arcanjo Martins**, CPF nº 059.223.864-41, nacionalidade brasileira, filho(a) de Gilciana Arcanjo da Silva Martins e José Luis Martins Junior, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 26/12/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Francisco dos Santos, Nº 96, complemento AP. 102, RESIDENCIAL SANTORINE, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Por Trás da Subestação do Costa e Silva, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98647-6605.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Próximo Ao Km 41, Santa Rita/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/11/18 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE VINHA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 160, ANO E MODELO 2017, DE COR PRETA, DE PLACA QFT-7955/PB, DE CHASSI 9C2KC2500HR047727, CONDUZIDA PELA PROPRIETÁRIA DA REFERIDA MOTOCICLETA, A SENHORA GILCIANA ARCANJO DA SILVA MARTINS; QUE A CONDUTORA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA DEVIDO A REPAROS NA PISTA DE ROLAMENTO; QUE VIERAM A CAIR, SOFRENDO VÁRIAS ESCORIAÇÕES; QUE A NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR VEÍCULO PARTICULAR À UPA DE TIBIRI, SENDO MEDICADA E LIBERADA; QUE NA SEGUNDA-FEIRA SEGUINTE, ISTO É, DIA 05/11/2018, DEVIDO AS FORTES DORES, A NOTICIANTE/VÍTIMA PROCUROU O HOSPITAL O ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA, SENDO ORIENTADA A PROCURAR O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU UM LAUDO MÉDICO COM AS SEGUINTE INFORMAÇÕES: PRONTUÁRIO Nº 112097, BOLETIM DE ENTRADA - Nº 1120103, DATA DO ATENDIMENTO - 05/11/18, HORA DO ATENDIMENTO - 14:52, MOTIVO DO ATENDIMENTO - TRAUMA, DIAGNÓSTICO - FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, CID 10 S82.1; QUE O LAUDO FOI ASSINADO POR DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM: 3323/PB; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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.

Geyciane Arcanjo Martins

Procedimento Policial: 02457.01.2019.1.00.401



João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2019.

Geysiane Arcanjo Martins
GEYCIANE ARCANJO MARTINS
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

059.223.864-41

Geysiane Arcanjo Martins

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

Nome completo:

Geysiane Arcanjo Martins

CPF:

059.223.864-41

Profissão:

estudante

Endereço:

Rua Manoel Francisco dos Santos

Número:

96

Complemento:

Aptº 102

Bairro:

Funcionários

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58079-662

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3488

CONTA:

9870

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

Local e Data, João Pessoa, 08 de março de 2019

Nome: Geysiane Arcanjo Martins

CPF: 059.223.864-41

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

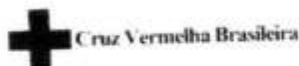
Geysiane Arcanjo Martins

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1120103



Identificação do paciente

ID 1342617	Nome GEYCIANE ARCANJO MARTINS	Sexo Feminino
Data de nascimento 27/12/1999	Idade 18 anos 10 meses 9 dias	Estado civil
Mãe GILCIANA ARCANJO DA SILVA MARTINS	Pai JOSE LUIS MARTINS JUNIOR	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987952156	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3108713	Fone Fixo
Local de procedência FUNCIONARIOS	Nº Cns 206735554150018	Nº Cns
Email	Naturalidade SAPE	UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58079662	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS
Número 96	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS	

Admissão

Data e Hora 05/11/2018 14:52:52	Número da pulseira 1000059780631	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco		Detalhe do acidente OUTROS
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por POLIANA DOS SANTOS LAURENTINO						Tempo 02min 57seg

Imprimir

05/11/2018 15:54

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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03488

CONTA: 000000009870-6

Nr. da Autenticação FC3DA2863040FE84

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 270 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP 54.075-000 - CNPJ 06.123.054/0001-67

FATURAMENTO DE ÁGUA E ESGOTO

MTRCULA

718857301

REFERÊNCIA

OUT/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GILCIANA ARCANJO DAS MARTINS
RUA MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS, 96 - APTO 102
FUNCIONARIOS JOAO PESSOA PB 58000-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Reserva	Comunidade	Aluguel	Outros	
001.027.099.0037.102	102	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y17F089442	22/05/2017	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M ³)	VALOR DE DIAS	PROPOSTA	LEITURA	
59	01	2	31	22/11/2018		
WST	CONS	ANOR	LEIT	QUALID	ÁGUA	ANEXO 29 PORT. SUSPENS. M ³
SET/2018	4			PARÂMETROS	EXTA	ANÁLIS
AGO/2018	1			TURBIDEZ	0	0
JUL/2018	5			COLOR	0	0
JUN/2018	8			COL. TERMOI	0	0
MAI/2018	11			COR	0	0
ABR/2018	2			COL. TOTAIS	0	0
MÉDIA(M)	5			DADOS REFERENTES A: AGO/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 25/10/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:45:33

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

C. MS

77,91

ESGOTO

ACRESCIM. (S) RESC. ANO 07/2018 02/2018

1,50

JORNOS DE FOGA 07/2018 04/2018

0,73

VALOR APROXIMADO DE TRINTO (R\$ 3,52) PIS E COFINS LEI 12.741/02

VENCIMENTO:

03/11/2018

Total a Pagar:

R\$ 40,14



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

**CAGEPA**

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

718857301

OUT/2018

03/11/2018

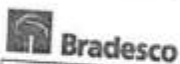
R\$ 40,14

52630000000 5 40140010001 2 07188573001 1 10201500003 9



BENEFICIÁRIO: Nu Pagamentos S.A.

Nome do Beneficiário Nu Pagamentos S.A.		CNPJ/CPF 18236120000158	Data de Vencimento 11/02/2019	Valor Cobrado 1751,03
Agência / Código do Beneficiário ---		Nosso Número 26/00031966789-8	Autenticação Mecânica	



237-2

23793.38128 60003.196676 89000.063308 9 77970000175103

Local de Pagamento

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso

Beneficiário

Nu Pagamentos S.A.

Vencimento

11/02/2019

Data do Documento

24/01/2019

Nº do Documento

31966789

Espécie Doc.

DM

Acerto

N

CNPJ/CPF

18236120000158

Agência / Código do Beneficiário

Uso do Banco

Certeira

26

Espécie Moeda

R\$

Quantidade Moeda

Valor Moeda

Data de Processamento

24/01/2019

Nosso Número / Cod. do Documento

26/00031966789-8

Instruções

Sr. Caixa:

- 1) Não aceitar pagamento em cheque;
- 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto;
- 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.

(-) Desconto / Abatimento

0,00

(-) Outras Deduções

0,00

(+) Mora / Multa

0,00

(+) Outras Acréscimos

0,00

(=) Valor Cobrado

1751,03

01200783417

Beneficiário

Nu Pagamentos S.A.

Pagador

Altamiro Correia de Moraes Neto

Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa

58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB

Código de Barra

Autenticação Mecânica



FICHA DE COMPENSAÇÃO



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Altomiro Correia de Moraes Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.007.834/17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geysiane Arconjo Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.223.864/41 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez permanente da Vítima Geysiane Arconjo Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.223.864/41, 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		Número	Complemento
<u>Rua Governador José Gomes da Silva</u>		<u>920</u>	<u>Sl. 01</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Tombauzinho</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58042-200</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>altomiro.moraes.advogado@gmail.com</u>		<u>(83) 9 8723 4062</u>	<u>(83) 9 8808 6505</u>

João Pessoa, 08 de março de 2019.

Local e Data

Altomiro Correia de Moraes Neto
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gileisone Arcanjo da Silva,
RG nº 2310840, data de expedição 30/10/17,
Órgão SSPB/PB, portador do CPF nº 033.992.364-41, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Manoel Francisco dos Santos, nº 96,
complemento Apt. 102, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gilciane Arcanjo Martins, cujo o condutor era
Gileisone Arcanjo da Silva.

Veículo: Pas/metociclé
Modelo: Honda ICG 160 Start
Ano: 2017/2017
Placa: QFT 79551PB
Chassi: 9C2KC2500HR047727
Data do Acidente: 02/11/2018
Local e Data: João Pessoa, 08 de março de 2019.



Gileisone Arcanjo da Silva
Assinatura do Declarante



Gilciane Arcanjo da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de GILCIANE ARCANJO
DA SILVA, [119810], J. Pessoa-PB, 28/02/2019 12:03:55 Emol
R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepi: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da
verdade. Tabela CELEIDA/DOSSO PEREIRA SILVA. Selo
Digital AIF95918-R875 Consulte em
<https://selodigital.tiob.tus.br>



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Geyciane Arcanjo Martins
DATA DE NASCIMENTO 27/12/99
NOME DA MÃE Gilciana Arcanjo Martins

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112097
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1120103
DATA DO ATENDIMENTO 05/11/18
HORA DO ATENDIMENTO 14:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, há 03 dias, com dor e limitação funcional em joelho esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial E.

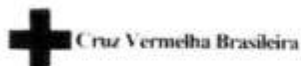
TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 23/11/18
DATA DA EMISSÃO: 14/02/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1120103



Identificação do paciente

ID 1342617	Nome GEYCIANE ARCANJO MARTINS	Sexo Feminino
Data de nascimento 27/12/1999	Idade 18 anos 10 meses 9 dias	Estado civil
Mãe GILCIANA ARCANJO DA SILVA MARTINS	Pai JOSE LUIS MARTINS JUNIOR	Religião
Escolaridade 	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987952156	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3108713	Nº Cns 206735554150018
Local de procedência FUNCIONARIOS	Tipo BAIRRO	UF PB
Email 	Naturalidade SAPE	CBO/R

Endereço

CEP 58079662	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 96	Complemento 	Logradouro MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS
		Bairro FUNCIONÁRIOS

Admissão

Data e Hora 05/11/2018 14:52:52	Número da pulseira 1000059780631	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica 	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco 		Detalhe do acidente OUTROS
Caráter de atendimento 	Motivo do atendimento TRAUMA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou 		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso 	Temperatura
------------------------------	------------------	------------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por
POLIANA DOS SANTOS LAURENTINO

Tempo
02min 57seg

Imprimir

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 3.108.713 -2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 26/05/2015

NOME GEYCIANE ARCANJO MARTINS

RELACAO JOSÉ LUIS MARTINS JUNIOR

GLICIARA ARCANJO DA SILVA MARTINS

DATA DE NASCIMENTO 27/12/1998

SAPE-PB

RG 38405 FLS 106 LIV A-42

MAIORE N. 38405 FLS 106 LIV A-42

CARTORIO SAPE-PB

059.223.864-41

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 MAR 2019

Gentle Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente GEYCIANE ARCANJO MARTINS		BAE 1120103	Data/Hora Entrada 05/11/2018 14:52:52	Data Baixa
Data de nascimento 27/12/1999	Idade 18a 10m 9d	Sexo Feminino	CNS 206735554150018	Telefone de Contato (83) 987952156
Mãe GILCIANA ARCANJO DA SILVA MARTINS		Prontuário		
Endereço MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS, 96		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo TRAUMA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 9603/	
Data/Hora Classificação 11/2018 15:08:29		Data/Hora Prescrição 05/11/2018 17:28:28		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3 DIAS DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL JOELHO ESQUERDO
D: RX

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H
Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H
Diluir

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H
Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

MEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H
Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H
Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

URICEMIA COMPLETA

URICEMIA

BOLSA REGISTRADA POR: FOLIANA DOS SANTOS LAURENTINO em 05/11/2018 14:55:49



GLICOSE

IONOGRAMA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente

GEYCIANE ARCANJO MARTINS

Dr Francinêlio Freitas
Médico
CRM-PB 9603
CNS 70340457909
FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)



SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente GEYCIANE ARCANJO MARTINS		BAE 1120103	Data/Hora Entrada 05/11/2018 14:52:52	Data Baixa
Data de nascimento 27/12/1999	Idade 18a 10m 9d	Sexo Feminino	CNS 206735554150018	Telefone de Contato (83) 987952156
Mãe GILCIANA ARCANJO DA SILVA MARTINS		Prontuário		
Endereço MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS, 96		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS		Motivo TRAUMA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 1/2018 15:08:29		Data/Hora Prescrição 05/11/2018 15:30:20		

anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3 DIAS DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL JOELHO ESQUERDO
D: RX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
S80.0	Contusão do joelho

Conduta

Em observação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 776 S. 116-João Pessoa-PB

GEYCIANE ARCANJO MARTINS

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)

Solicitação de Cirurgia

Dados do Pedido

Data:		Nome:	
27/12/1999		GEYCIANE ARCANJO MARTINS	
Data de nascimento:	Idade:	Sala:	Sexo:
27/12/1999	18A 10M 9D		Feminino
CID:	Procedimento:	Cirurgia:	Prontuário:
S82.1	0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	
Equipe:		Enf. Leito:	
EQUIPE DE ORTOPEDIA			
Especialidade:	Entrada:	Tipo Cirurgia:	
ORTOPEDIA	1° 2° 3° 4° 5°	Única	
Outros Procedimentos	Necessita Leito CTI		Necessita O.P.M.E.
	NÃO		NÃO
Recursos (quantidade / descrição)			
1 - CAIXA BASICA			
1 - PLACA L LONGA DIREITA 10 A 16 FUROS			
1 - ARCO CIRÚRGICO			
- PERFURADOR			
Assinatura / carimbo			
FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS			
• Crm:9603 • Cpf:07012011424 • Cns:703404579057800			

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CRM PB 9603
CNS 703404579057800





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

12 MAR 2018

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

Comissão de Ética em Saúde
Pelo 1.770

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Placa em T 4x4 de cx 3,5 - 01
Parafusos corticais N=40 de cx 3,5 - 01
Parafusos corticais de cx DHS/DCS N=44-01

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/11/18

() CNS () CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/11/18

() CNS () CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

→ JOELHO ESQUERDO!



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Geysiane Azevedo Martins

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Tc da Pálula esquerda

20 - QTDE
(01)

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura da Pálula fibular esquerda

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Shewer's - Tomografia do Sítio S e do
lado esquerdo.

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB/24411 CRM-PE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO
13/11/18

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB/24411 CRM-PE
TELEFONE 14830

43 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

0514444434-23

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
12 MAR 2019
Registadora S/A
José João Passos Filho**SOLICITAÇÃO**

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PE / 24411 CRM-PE**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Nome: Geysiane Arcanjo Martins BE/Prontuário: _____
 Idade: 18 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 21/11/18
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura de Placa Tibial Esquerda
 Cirurgião: Dr. Fco Hartney 1º Assistente: Dr. Stefferson Druz
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Vanessa
 Tipo de Anestesia: Raque Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Placa Tibial Esquerda</u>	<u>5821</u>



Procedimentos Cirúrgicos

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Aberta e Fixação Interna</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Fco Hartney

Dr. Stefferson P. Druz
Traumatologista - Jista
CRM-PB 51782

João Pessoa, 21/11/18

3E-112045

NOME DO PACIENTE: **Explicione Azevedo Martins** - 18 anos
 IDADE: **18** BE: **18** PRONTUÁRIO: **18** ENFERMAGEM: **18** LEITO: **18**
 CIRURGIA: **Fratura de Tíbia Proximal Perda Estável**
 CIRURGIÃO: **Rogério**
 ANESTESIA: **Rogério**
 ANESTESISTA: **Rogério**
 INSTRUMENTADOR: **Rogério**
 DATA: **21.11.18** INÍCIO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: **08:45** FIM: **10:15**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BLPIVACAÍNA ISOBARICA	L	JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BLPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		UIT SIST DREN TORANICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	2 L
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº12		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	0 L
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	10	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C VASO		LUVAS ESTERIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S VASO		LUVAS ESTERIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		LUVAS ESTERIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVAS ESTERIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
NIMBILIM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SLXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST ABSORV. EMITINDO	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIV. VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTECTOR ASCOLAR VENTILADO	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		APPAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		PRADOMEXTERNO	
CEFALOTINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		12 MAR 2019	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MAMPOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		PARAFUSOS MAMPOLAR	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	5	PLACA	
ONDASETRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() ASPIRADOR	
Parafinid		GAZES		() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS		() CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO		() CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº14		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16		() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCÓPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() PA INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Carlos F. de Costa Junior
 180 - Ent. 100 - 232
 COREN PB 1090 232

FINGI ASCIR 021-2

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em ODA no raquionotexa (decúbito Ventral)
Drenagem de todo membro inf Esquerdo
Anestesia + antiespasm com campos estéreis

Incisão:

Vertical posterior em 1/3 proximal de perna de
cerca de 7 cm de comprimento

Achados:

- Fratura de platô tibial com enclavamento posterior

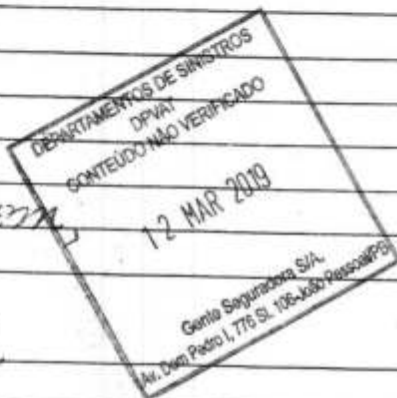
Conduta:

- direção por planos até foco de fratura
- redução + colocação de placa de reposte em T
(3,5 mm) com 3 parafusos corticais;
- limpeza com SF10,9%;
- Fechamento por planos;
- curativo com gaze estéril e crepom.

Fechamento:

- com Ucryl 0 e mononylon 2.0.

Observação:



Sefferson Pires - Diretor
Traumato-ortop - João
CRM-PS 11.118

Médico/CRM:

[Assinatura]

João Pessoa, 21/11/18



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PB

NOME

GILCIANA ARCANJO DA SILVA

DOC IDENTIDADE

2310840

ORG EMISSOR

SSDS

UF

PB

CPF

033.992.364-41

DATA NASCIMENTO

25/12/1978

FISSAÇÃO

GILVANDO NUNES DA SILVA
VISETE ARCANJO DA SILVA

PERMISSÃO

ACB

CATANA

AB

Nº REGISTRO

05740893685

VALIDADEZ

25/10/2022

1ª NASCIMENTO

27/03/2013

ASSINATURA



LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

30/10/2017

ASSINATURA DO EMISSOR



49874179448
PB035623942

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1548819838

PROIBIDO PLASTIFICAR

1548819838

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 MAR 2019
Gentis Seguradora S/A
R. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05867570

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.589/92)



GAB

ASSINATURA DO TITULAR

05867570

05867570

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 MAR 2019
Centro Seguradora S/A
R. Dom Pedro I, 175 Sl. 106-Jd. Passafora

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

COLIGADO
JOÃO MÁRCIO BATISTA DE MORAES
MARIA ALDECI DE ALMEIDA MORAES

NATURALIDADE
RECIFE-PE

DATA DO NASCIMENTO
01/09/1982

RG
2626781 - SSP-PB

CPF
012.097.834-17

DATA DE EXERCÍCIO
01 29/08/2012

SIM

COOR. REGIONAL CAVALCANTE BOURNARD
PRESIDENTE

RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082515/19

Vítima: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

CPF: 059.223.864-41

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2018

Titular do CPF: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

3190290576

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
DUT
Outros

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17

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



GEYCIANE ARCANJO MARTINS : 059.223.864-41

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: 12/03/2019
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190190546

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

Data do acidente: 02/11/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 13

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190190546

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

Data do acidente: 02/11/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 13

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



ALTAMIRO
MORAES
advogados associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA



OUTORGANTE, **GEYCIANE ARCANJO MARTINS**, brasileiro, solteira, estudante, portador do CPF 059.223.864-41, residente e domiciliado na Rua Manoel Francisco dos Santos, nº 96, Funcionários, João Pessoa/PB, CEP 58079-662, sem endereço eletrônico, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados:

OUTORGADOS: ALTAMIRO MORAES, OAB/PB 12.678, **GEYSE ALVES DE MORAES**, bacharel em Direito, CPF 010.980.674-36, com escritório na Rua Governador José Gomes da Silva, 920, Tambauzinho, sala 01, João Pessoa, PB, Cep: 58042-200, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a **cláusula "ad-judicia ET EXTRA"** em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, agindo em conjunto ou separadamente, podendo também substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, **podendo, inclusive, RENUNCIAR AOS VALORES QUE EXCEDAM O TETO DELIMITADOR DOS JUIZADOS ESPECIAIS FEDERAIS E/OU ESTADUAIS AO TEMPO DO AJUIZAMENTO DA AÇÃO.**

Poderes específicos para atuação judicial e extra judicial para obtenção de seguro DPVAT, do acidente automobilístico ocorrido no dia 02/11/2018, na Br 230, Km 41, Santa Rita/PB, próximo a empresa Alpargatas, onde vinha de garupa numa motocicleta.



ALTAMIRO
MORAES
advogados associados

Outorgante: Declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para pagar as custas processuais da presente demanda, sem prejuízo do sustento próprio, pelo que, nos termos do art. 98 do CPC, faz *jus* aos benefícios da **Justiça Gratuita**.

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2019.


GEYCIANE ARCANJO MARTINS
CPF nº 059.223.864-41

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JUSCELINO KUBITZKEK, S/Nº - ERNESTO GEISSEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARANÁ - TELEFAX (83) 3331-4078
Reconheço Por Autenticidade a firma de GEYCIANE ARCANJO MARTINS, [119811], J. Pessoa-PB, 28/02/2019 12:09:31 Enol R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepi: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO FREIRE SILVA. Selo Digital AIF95920-0008 Consulte <https://selodigital.tib.rs.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082515/19

Número do Sinistro: 3190190546

Vítima: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

CPF: 059.223.864-41

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

GEYCIANE ARCANJO MARTINS : 059.223.864-41

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: 21/03/2019
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082515/19

Vítima: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

CPF: 059.223.864-41

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/11/2018

Titular do CPF: GEYCIANE ARCANJO MARTINS

CPF de: Próprio

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
DUT
Outros

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17

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

GEYCIANE ARCANJO MARTINS : 059.223.864-41

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: 12/03/2019
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO