



09/07/2020

Número: **0801029-68.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **07/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GERLANE CHAVES GOUVEIA (AUTOR)	CLARA PEREIRA GERONIMO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32189 787	09/07/2020 11:52	<u>2732409_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335428

Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERLANE CHAVES GOUVEIA

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

Comprovação de ato declaratório ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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.

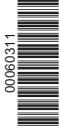
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00621/00622 - carta_03 - INVALIDEZ



00060311

Carta nº 14337919



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335428 Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Data do Acidente: 03/02/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERLANE CHAVES GOUVEIA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14338251



220 01263/01264 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091152073960000030846456>
Número do documento: 2007091152073960000030846456

Núm. 32189787 - Pág. 2



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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335428

Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERLANE CHAVES GOUVEIA

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

Comprovação de ato declaratório 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

Pag. 00225/00226 - carta_03 - INVALIDEZ



00060113

Carta nº 14343830



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 3



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, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190335428 Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Data do Acidente: 03/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01491/01492 - carta_02 - INVALIDEZ



00050746

Carta nº 14460415



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 4



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, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335428 **Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA**

Data do Acidente: 03/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). GERBLANE CHAVES GOUVEIA

Informamos que o pagamento da inden

abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Percussão Tendinosa Tornozelo

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: **GERLANE CHAVES GOUVEIA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000026844-9

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	013.682.604-03	Gislaine Lehaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Gislaine Lehaves Gouveia	
Profissão:	Endereço:	CPF: 013.682.604-03
Redutor	Telegrafista eletroneutra B. Ed. BL 27/Ap 201	Número: 469 Complemento:
Bairro:	Cidade: João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58066-120 Tel.(DDD): 8398877-2506	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 26844
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário (de preferência digitalizada)

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019
Nome: Gislaine Lehaves Gouveia
CPF: 013.682.604-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: COMPREV
CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 MAR. 2019
2º | Nome: PROTOCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

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, À 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.

FPS.001 V001/2018





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:
	013.682.604-03	Gislaine Lehaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Gislaine Lehaves Gouveia	
Profissão:	Endereço:	CPF: 013.682.604-03
Redutor	Telegrafista eletroneutra B. Ed. BL 27/Ap 201	Número: 469 Complemento:
Bairro:	Cidade: João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58066-120 Tel.(DDD): 8398877-2506	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 26844 9	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 (de preferência digitalizada)	Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019	TESTEMUNHAS
Nome: Gislaine Lehaves Gouveia	1º Nome: COMPREV	
CPF: 013.682.604-03	CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
07 MAR. 2019		

(* Assinatura de quem assina A ROGO	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.

FPS.001 V001/2018





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:
	013.682.604-03	Gislaine Lehaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Gislaine Lehaves Gouveia	
Profissão:	Endereço:	CPF: 013.682.604-03
Redutor	Telegrafista eletroneutra B. Ed. BL 27/Ap 201	Número: 469 Complemento:
Bairro:	Cidade: João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58066-120 Tel.(DDD): 8398877-2506	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 26844
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário (de preferência digitalizada)

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019
Nome: Gislaine Lehaves Gouveia
CPF: 013.682.604-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: COMPREV
CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 MAR. 2019
2º | Nome: PROTOCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

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, À 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.

FPS.001 V001/2018





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 ASC:

CPF da vítima:

013 682 604-03 Galvane Lehman Gouveia.

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF: 013 682 604-03
Número: 469 Complemento:
CEP: 58066-120
Tel.(DDD): 59887-2506

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPCIÃO 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 bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0037

CONTA:

26844

(Informar o dígito se maior)

(Informar o dígito se maior)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se maior)

(Informar o dígito se maior)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e ressarcimento 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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:

MORTE

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 (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 799 do Código Penal.

Local e Data, <i>João Pessoa, 07/03/2019</i>	TESTEMUNHAS
Nome: <i>Galvane Lehman Gouveia</i>	1º Nome: <i>COMPREV</i>
CPF: <i>013.682.604-03</i>	CPF: <i>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.</i>
2º Nome: <i>PROTÓCOLO</i>	
Assinatura: <i>AG. JOÃO PESSOA</i>	

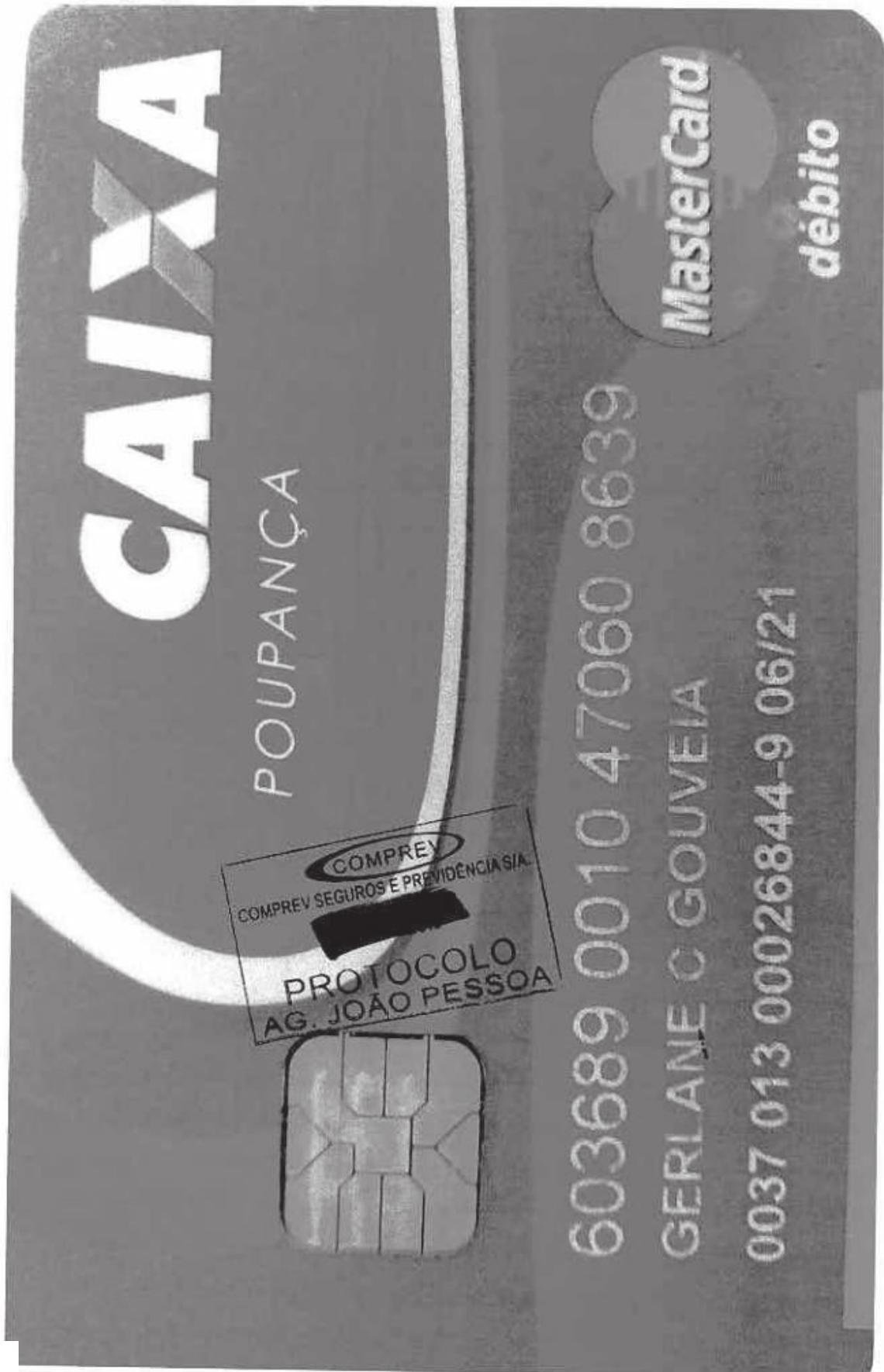
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RODO, 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 COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190335428
Nome do(a) Examinado(a): Gerlane Chaves Gouveia
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Telegrafista Chateubriand Brasil Filho, 469
Mucumagro Joao Pessoa PB CEP: 58066-120
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2917257
Data local do acidente: [03/02/2019]
Data local do exame: [21/06/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO
Data da Alta: 24/05/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
 - a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
---	---
 - b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): TORNOZELO - Lado Esquerdo % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve (X) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--

Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Flagrantes de João Pessoa



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigacao, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateubriand Brasil Filho, Nº 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo. que o referido motorista não prestou socorro à noticiante. que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital trauminha, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes. que a noticiante não soube identificar o motorista. que a noticiante deseja ver as imagens das câmeras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.

FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente de Investigacao

GERLANE CHAVES GOUVEIA

Noticiante	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
07 MAR. 2019	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Flagrantes de João Pessoa



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigacao, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateubriand Brasil Filho, Nº 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo. que o referido motorista não prestou socorro à noticiante. que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital trauminha, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes. que a noticiante não soube identificar o motorista. que a noticiante deseja ver as imagens das câmeras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.

FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente de Investigacao

GERLANE CHAVES GOUVEIA

Noticiante	COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
07 MAR. 2019	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Flagrantes de João Pessoa



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigacao, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateubriand Brasil Filho, Nº 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo. que o referido motorista não prestou socorro à noticiante. que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital trauminha, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes. que a noticiante não soube identificar o motorista. que a noticiante deseja ver as imagens das câmeras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.

FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente de Investigacao

GERLANE CHAVES GOUVEIA

Noticiante	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
07 MAR. 2019	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigação, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateubriand Brasil Filho, N° 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

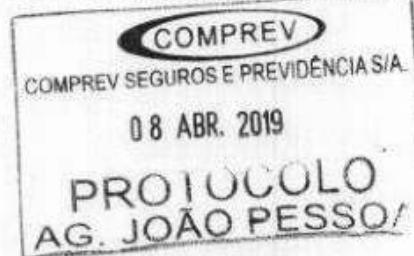
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo. que o referido motorista não prestou socorro à noticiante. que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital trauminha, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes, que a noticiante não soube identificar o motorista. que a noticiante deseja ver as imagens das câmeras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

ADENDO(S):

Que na data 08/04/2019, à(s) 09:12 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: OBS QUE A NOTIFICANTE NÃO SABE IDENTIFICAR A PLACA DO VEÍCULO, NEM O CONDUTOR QUE CAUSOU O ACIDENTE .. Adendo registrado por: José Saúl Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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.



Procedimento Policial: 00826.01.2019.1.00.402

1/2



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Flagrantes de João Pessoa



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 08 de abril de 2019.

~~JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS~~
Agente de Investigação

~~GERLANE CHAVES GOUVEIA~~
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA CENTRAL DE POLÍCIA CIVIL DE JOÃO PESSOA - SETOR DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SENDO PRESERVADO O CABECALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.

Procedimento Policial: 00826 01 2019 1 00 403

212



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07

Assinado eletronicamente por: JULIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:32:06

Número do documento: 20070911520739600000030846456

Núm. 32189787 - Pág. 16



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00826.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00826.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 09 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Iumara Bezerra Gomes, matrícula 1556436, e lavrado por Francisco Eudes Pereira de Souza, Agente de Investigação, matrícula 1568795, ao final assinado, compareceu **Gerlane Chaves Gouveia**, conhecido(a) por Nt, CPF nº 013.682.604-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria do Carmo Chaves Gouveia e Genival Pinho Gouveia, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/11/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Telegrafista Chateubriand Brasil Filho, Nº 469, complemento bl 22 apto 201, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nt, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98877-2506.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu filho menor, ocasionando a quebra do seu tornozelo esquerdo, que o referido motorista não prestou socorro à noticiante, que a noticiante foi socorrida e posteriormente submetida a uma cirurgia no hospital trauminha, do bairro de mangabeira, onde teve a implantação de placa metálica e parafusos, conforme consta no laudo médico/resumo de alta, apresentado nesta central de flagrantes, que a noticiante não soube identificar o motorista, que a noticiante deseja ver as imagens das câmeras internas e externas, próximo ao local do ocorrido e dentro do horário, que foi entre 21:30 e 22:00 horas.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.

F. E. S. P.
FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

G. C. G. G.
GERLANE CHAVES GOUVEIA
Noticiante **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





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:
	013.682.604-03	Gislaine Lehaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Gislaine Lehaves Gouveia	
Profissão:	Endereço:	CPF: 013.682.604-03
Redutor	Telegrafista eletroneletrônico B. Ed.	Número: 469 Complemento: BL 27/AZ 201
Bairro:	Cidade: João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58066-120 Tel.(DDD): 8398877-2506	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 26844
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário (de preferência digitalizada)

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019
Nome: Gislaine Lehaves Gouveia
CPF: 013.682.604-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: COMPREV
CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 MAR. 2019
2º | Nome: PROTOCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

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, À 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.

FPS.001 V001/2018





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:
	013.682.604-03	Gislaine Lehaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Gislaine Lehaves Gouveia	
Profissão:	Endereço:	CPF: 013.682.604-03
Redutor	Telegrafista eletroneutra B. Ed. BL 27/Ap 201	Número: 469 Complemento:
Bairro:	Cidade: João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58066-120 Tel.(DDD): 8398877-2506	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 26844 9	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não.

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 (de preferência digitalizada)	Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019	TESTEMUNHAS
Nome: Gislaine Lehaves Gouveia	1º Nome: COMPREV	
CPF: 013.682.604-03	CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
(* Assinatura de quem assina A ROGO		07 MAR 2019
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2º Nome: PROTOCOLO
		Assinatura

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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 19



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:
	013.682.604-03	Gislaine Lehaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Gislaine Lehaves Gouveia	
Profissão:	Endereço:	CPF: 013.682.604-03
Redutor	Telegrafista eletroneutra B. Ed. BL 27/Ap 201	Número: 469 Complemento:
Bairro:	Cidade: João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58066-120 Tel.(DDD): 8398877-2506	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 26844 9	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário (de preferência digitalizada)	Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019	TESTEMUNHAS
Nome: Gislaine Lehaves Gouveia	1º Nome: COMPREV	
CPF: 013.682.604-03	CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
(* Assinatura de quem assina A ROGO		
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, À 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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 20



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 ASC:

CPF da vítima:

013 682 604-03 Galvane Lehman Gouveia.

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF: 013 682 604-03
Número: 469 Complemento:
CEP: 58066-130
Tel(DDD): 59887-2506

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPCIÃO 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 bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0037

CONTA:

26844

(Informar o dígito se maior)

(Informar o dígito se maior)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se maior)

(Informar o dígito se maior)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e resembolho 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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:

MORTE

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 (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 799 do Código Penal.

Local e Data, Nome: CPF:	TESTEMUNHAS 1º Nome: CPF: COMPREV 2º Nome: CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

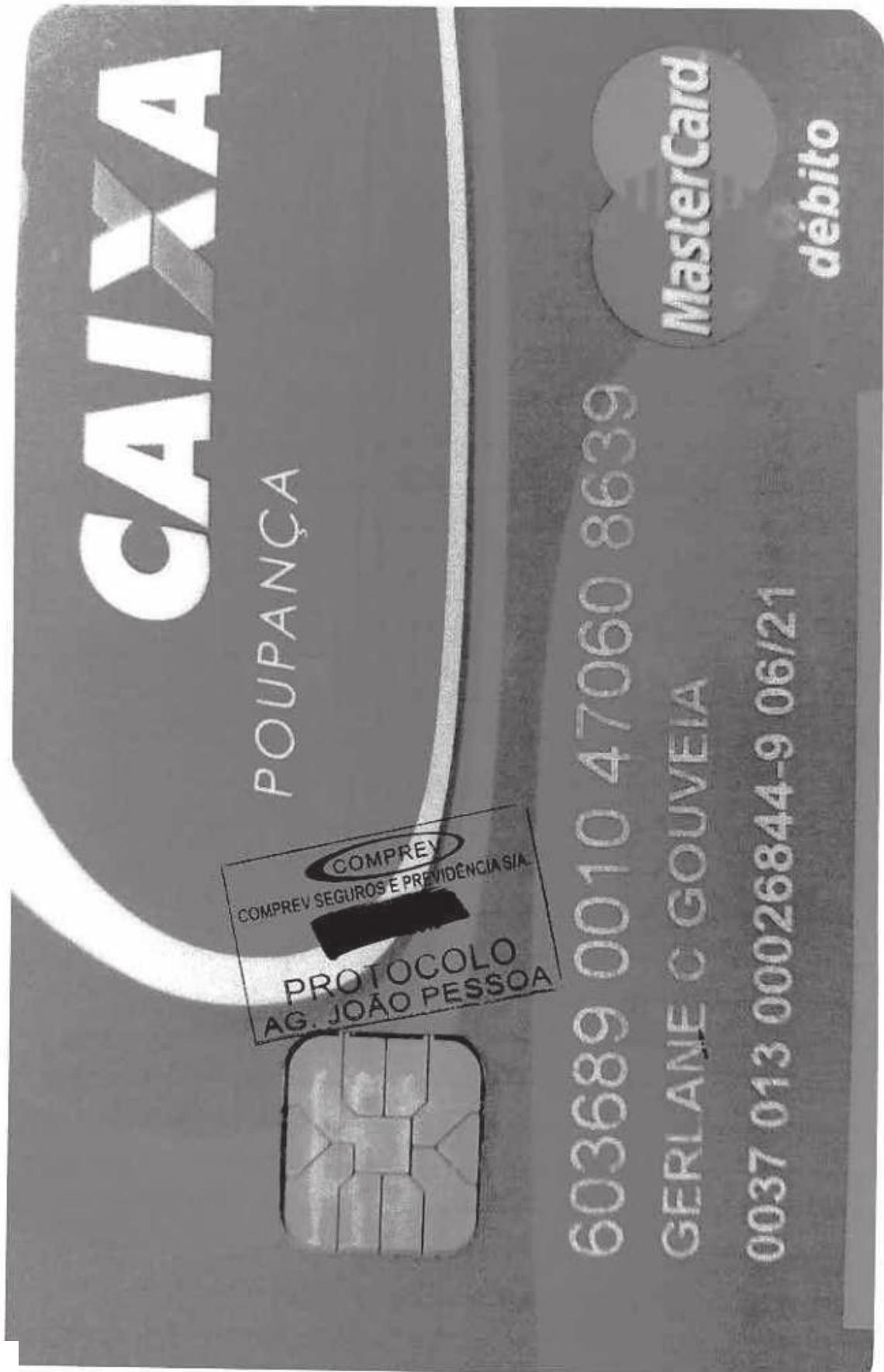
(*) Assinatura de quem assina A RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

FPS.001 V001/2018

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura



MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

MUNICIPAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ESTADO FISCAL: JOSE COSTA DUARTE S/N

CEP: 58010-000 PESSOA Fone: (63) 3214-1980

CNPJ:

Ficha Nr: 102890

Atd: Não Regulado

Data: 03/02/2019

Hora: 21:58:15

Recepção: HELENA MARIA HONORATO DA

Clinica: ORTOPEDIA

DO PACIENTE

Nº de vezes atendido: 3

NOME: GERALDO CHAVES GOUVEIA

Nº. Prontuario: 2018.04.000741

SEM CRM Sexo: M IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506

RESID: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 anos(s)

RUA TELEGRAPHISTA CHATEUBRIAND BRASIL FILHO, QAPAT, 201 BL 22

PARATIBA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA

Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA

MARCA Ethia: SEM INFORMACAO

COZINHEIRO

Estado Civil: NAO INFORMADO

DIRECCOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

LA MESMA

Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301

Vitima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - MJ. 21.30H

Vitima de violencia por: MANGABEIRA

Caso Policial

INSTITUTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Classificacao de Risco: AMARELO

FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
: Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispnexia
mas:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Ind. Abd:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
O2%:	<input type="checkbox"/> Vomito	

Principal

Observacao

EM TNZ ESQ

Dolore enterico TNZ @ lev

Historia - Exame Fisico - Ativa do atendimento medico
P. a. falar nublos lot.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

07 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Conduta

Procedimento

Horario da medicacao

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456

Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 23

Períodes estatístics
Relació entre els
mètodes d'avaluació

— 11 —

Acta Acad. Petrop. 1989, No. 1, pp. 1-10.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Nome	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
())))
())))
())))
)))))
)))))

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

ESTIMAMENTO REALIZADO

DETALHES DO PACIENTE

Transferido Desistencia UTI
 A pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

2 Yellow Grass Green

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

Scanned by CamScanner



MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

MUNICIPAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ESTADO FISCAL: JOSE COSTA DUARTE S/N

CEP: 58010-000 PESSOA Fone: (63) 3214-1980

CNPJ:

Ficha Nr: 102890

Atd: Não Regulado

Data: 03/02/2019

Hora: 21:58:15

Recepção: HELENA MARIA HONORATO DA

Clinica: ORTOPEDIA

DO PACIENTE

Nº de vezes atendido: 3

NOME: GERALDO CHAVES GOUVEIA

Nº. Prontuario: 2018.04.000741

SEM CRM Sexo: M IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506

RESID: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 anos(s)

RUA TELEGRAPHISTA CHATEUBRIAND BRASIL FILHO, QAPAT, 201 BL 22

PARATIBA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA

Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA

Mãe: Ethia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: COZINHEIRO

Estado Civil: NAO INFORMADO

DIRECCOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

ENDRÉSIA

Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301

Vítima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - MJ. 21.30H

Vítima de violência por: MANGABEIRA

Caso Policial

INSTITUTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Classificação de Risco: AMARELO

FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
: Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
mas:	<input type="checkbox"/> IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia
Ind. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Agitado
		<input type="checkbox"/> Regular
		<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao

Principais queixas:

DATA EM TNZ ESQ

Dolore enterico TNZ @ lev

Historia - Exame Fisico - Ata do atendimento medico

Recomendacoes:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

07 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Intervento

Conduta

Horario da medicacao

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456

Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 25

Períodes estatístics
Relació entre els
mètodes d'avaluació

— 11 —

ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF THE CROWN ON THE DENTAL PULP 11

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Nome	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
())))
())))
())))
)))))
)))))

| Reservado p/ Liberação

Assinatura da Enfermagem

ESTIMAMENTO REALIZADO

DETALHES DO PACIENTE

Transferido Desistencia UTI
 A pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

2 Yellow Glass Spoon

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

Scanned by CamScanner



MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

MUNICÍPIO MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ESTADO FEDERAL: JOSE COSTA DUARTE S/N

CEP: 58010-000 PESSOA Fone: (63) 3214-1980

CNPJ:

Ficha Nr: 102890

Atd: Não Regulado

Data: 03/02/2019

Hora: 21:58:15

Recepção: HELENA MARIA HONORATO DA

Clinica: ORTOPEDIA

DO PACIENTE

Nº de vezes atendido: 3

NOME: GERALDO CHAVES GOUVEIA

Nº. Prontuario: 2018.04.000741

SEM CRM Sexo: M IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506

RESID: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 anos(s)

RUA TELEGRAPHISTA CHATEUBRIAND BRASIL FILHO, QAPAT, 201 BL 22

PARATIBA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA

Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA

Mãe: Ethia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: COZINHEIRO

Estado Civil: NAO INFORMADO

DIRECCOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

ENDRÉSIA

Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301

Vítima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - MJ. 21.30H

Vítima de violência por: MANGABEIRA

Caso Policial

INSTITUTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Classificação de Risco: AMARELO

FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
: Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
mas:	<input type="checkbox"/> IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia
Ind. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Agitado
		<input type="checkbox"/> Regular
		<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito
		Observacao

Principais queixas:

DATA EM TNZ ESQ

Dolore eutan TNZ @ lev

Historia - Exame Fisico - Ata do atendimento medico

Recomendacoes:

Protocolo:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456

Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 27

Paralejos, estor bilis
Re: Lizardo Vazquez de
maldonado + credenciales

Walter

ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF THE CROWN ON THE STRESS AND STRAIN STATE OF A PLATE

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Nome	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
())))
())))
())))
)))))
)))))

| Reservado p/ Liberação

Assinatura da Enfermagem

ESTIMAMENTO REALIZADO

DETALHES DO PACIENTE

Transferido Desistencia UTI
 A pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

2 Yellow Glass Jars

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

Scanned by CamScanner



Pneumonia crônica

Destaque parte de
inhalante e excretar

Excreto

Alimentação: 100% de líquido e sem saborização

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Nome	Medicamento	Dose	Hora	Evolução
(
)				
)				
)				
)				

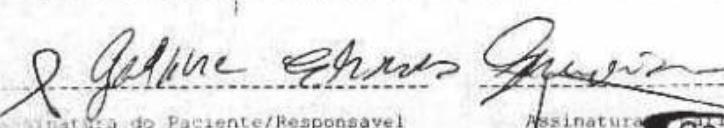
Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

ALIMENTO REALIZADO

ASSINATURA DO PACIENTE

Residência Transferido Desistência UTI
x a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IME


Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do(a) Médico


COMPREV

21 MAIO 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



MEDICAL DE JOAO PESSOA

AVENIDA MANGAIBRA, KM. TARCISO BURITI

ESCOLAR DIREITO COSTA DUARTE S/N

CEP: 58010-000 Fone: (83) 3214-1980

CNPJ:

Data Nr: 702890 Até: Não Perpetua

Data: 03/02/2019

Hora: 21:58:15

Recepção: HELENA MARIA HUMORATO DO

Clinica: ORTOPEDIA

1. Paciente
1.1. Geraldo Chaves Gouveia
1.2. Sexo: Masculino Identidade: 2917257 Fone: 998772506
1.3. Nasc.: Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 anos
1.4. Endereço: RUA TELEGRAPHE CHATEUBRIAND BRASIL FILHO, QAPAT, 201 RL 22
1.5. Cidad: JOAO PESSOA UF: PB
1.6. P. de Carmo Chaves Gouveia Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA
1.7. End. Et. da: SEM INFORMACAO Estado Civil: SEM INFORMACAO
1.8. Cunheiro
1.9. Entrada Escalardade: NAO INFORMADO
1.10. Mesma
1.11. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
1.12. End. Residencia: RUA

1.13. Transporte utilizado: ÔNIBUS 301
1.14. Causa de acidente por: QUEDA DENTRO DE ÔNIBUS - HJ. 21.30H
1.15. Causa de violencia por: MANGAIBRA
1.16. Caso Policial

1.17. Consulta

1.18. Classificação de Risco: AMARELO

1.19. FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave

1.20. TF:

Politraumatizado Convulsao

1.21. Altura:

Hemorragia

1.22. IMC:

Diarreia

1.23. Peso:

Regular

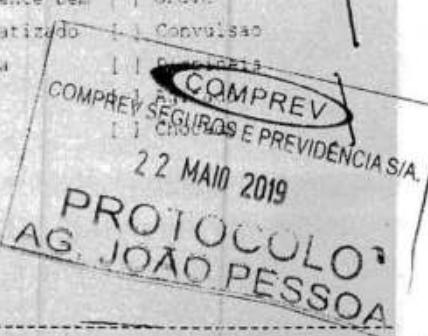
1.24. Principal:

Vomito

Observacao

1.25. Exame Fisico:

Pelote cutaneo TNZ @ loj
R. a frater testes hot.



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interv. *[Signature]*

Conduta *[Signature]*

Horario da medicina *[Signature]*

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456

Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 30

Pareceres - 05/02/2019

Realizado dentro do
estabelecimento e cemitério.

Assinatura de Enfermeiro:
[Signature]

Assinatura e Carimbo:

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Lote	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

[Signature]

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Scanned by CamScanner



REFEITÓRIO MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
IMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
6056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Ficha Nr: 202890 Atd: Nao Regulad
Data: 03/02/2019
Hora: 21:58:15
Repcionista: HELENA MARIA HONORATO
Clinica: ORTOPEDIA

NEX: I - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 3
Nome: GERLANE CHAVES GOUVEIA Num. Prontuario: 2018.04.000741

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506

Natural: JOÃO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 ano(s)

End.: RUA TELEGRAFISTA CHATEUBRIAND BRASIL FILHO, QAPAT. 201 BL 22

Bairro: PARATIBE Cidade: JOÃO PESSOA UF :PB

Maria do Carmo Chaves Gouveia Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA

Mãe: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Profissão: COZINHEIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

Informações de Entrada

Resp.: A MESMA

tel/Fax. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

Endereço: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301

Vítima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - HJ. 21.30H

Vítima de violência por: MANGABEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

de Classificação de Risco: AMARELO

- | | |
|-----------|--|
| FR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave |
| TP: | <input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao |
| sc: | <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia |
| Acémia: | <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado |
| Arc. Abd: | <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado |
| O2%: | <input type="checkbox"/> Vomito |

Sintoma Principal

Observação

JMA EM TNZ ESQ

Pulso extenso TNZ ⊕ levi

História - Exame Físico - Anotação do atendimento médico

Recomendação: Revisar pulso

Diagnóstico

Conduta

Internar

Ass. JOÃO PESSOA
Protocolo
scriçao
12 JUN. 2019
COMPREV

Horário da medicação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456

Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 32

psicologa - 05/06/2019

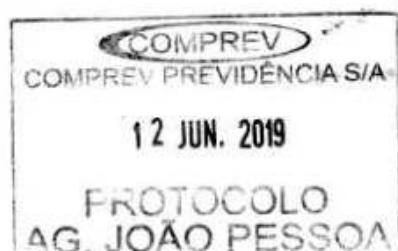
realizada visita de
acolhimento + orientação

Maria da Conceição de Souza
Enfermeira

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd/e	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				
3				
4				
5				



| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
...ta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



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: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERLANE CHAVES GOUVEIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000026844-9

Nr. da Autenticação AF74C780AC7D3B8E



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 34

GERLANE CHAVES GOUVEIA

RUA TELG CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, S/N / BL 22 AP 201 - PARATIBA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissao: 29/01/2019 Referencia: Jan / 2019

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - J.
Roteiro: 18 - 5 - 621 - 4630 Nº medidor: 00008367773

ENERGISA PARAÍBA - DI

Br230, Km 25 - Cristo Redentor - J.
CNPJ 09.095.183/0001-01

Nota Fiscal / Conta de
Cód. para impressão:

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](#)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 35

GERLANE CHAVES GOUVEIA

RUA TELG CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, S/N / BL 22 AP 201 - PARATIBA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissao: 29/01/2019 Referencia: Jan / 2019

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - J.
Roteiro: 18 - 5 - 621 - 4630 Nº medidor: 00008367773

ENERGISA PARAÍBA - DI

Br230, Km 25 - Cristo Redentor - J.
CNPJ 09.095.183/0001-01

Nota Fiscal / Conta de
Cód. para impressão:

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](#)

Conta referente a

Apresentação

**Data prevista da
próxima leitura**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 36

GERLANE CHAVES GOUVEIA

RUA TELG CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, S/N / BL 22 AP 201 - PARATIBA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissao: 29/01/2019 Referencia: Jan / 2019

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - J.
Roteiro: 18 - 5 - 621 - 4630 Nº medidor: 00008367773

ENERGISA PARAÍBA - DI

Br230, Km 25 - Cristo Redentor - J.
CNPJ 09.095.183/0001-01

Nota Fiscal / Conta de
Cód. para impressão:

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](#)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 37

GERLANE CHAVES GOUVEIA

RUA TELG CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, S/N / BL 22 AP 201 - PARATIBA

JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissão: 29/01/2019 Referência Jan/2019

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Bl:230, Km25-Cristo Redentor - Jd. Rotelão 19 - 5 - 621 - 4630 Nº medidor: 00008367773

ENERGISA PARAÍBA - D

CNPJ 09.095.188/

Nota Fiscal / Conta de
Cód. para E

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](#)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>

Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 38



Nome: <i>Gerlane chaves gouveia</i>				Registro:	
Idade: 33 a	Sexo: Fem	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 06/02/2019				Cirurgião: <i>Carlos tiago</i>	
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>				2º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>	
Anestesista:				Instrumentador: <i>Maria</i>	

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura do Maléolo Lateral esquerdo

S82.6

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Osteossíntese do Tornozelo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

07 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não
Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Scanned by CamScanner



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
	Realizado garroteamento de membro inferior
	Assepsia + Antissepsia
	Aposição de campos cirúrgicos estériles
Incisão:	
	Incisão em região lateral do tornozelo
	Dissecção por planos até foco de fratura
	Hemostasia com eletrocautério
Achados:	
	Visualização de fratura do maléolo lateral
Conduta:	
	Realizada manobra de redução
	Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
	Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3,5mm + 04 parafusos corticais + 02 parafusos esponjosos
Realizado RX controle:	
	Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%
Fechamento:	
	Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo:	
	Tala bota gessada
OBS:	

Data: 06/02/2019

Or. Carlos Tiago da S. Chaves
Ontoped. / Traumatologista
CRM-PB 22231 / TEOF 15816
MÉDICO/CRM

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

Scanned by CamScanner





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>	DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>	TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	ENF. LEITO
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>		CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo.</i>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>			
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDICÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
ÓBITO	<input type="checkbox"/>		
RESUMO CLÍNICO <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</small> <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>			
REPOUSO: <i>Relativo em casa por 15 dias.</i>			
<i>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</i>			
<i>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>			
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)</i>			
RETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias.</i>			
<i>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>			
06/02/2019 DATA		ASS. MÉDICO / C.R.N. <i>Ass. Médico / C.R.N.</i>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



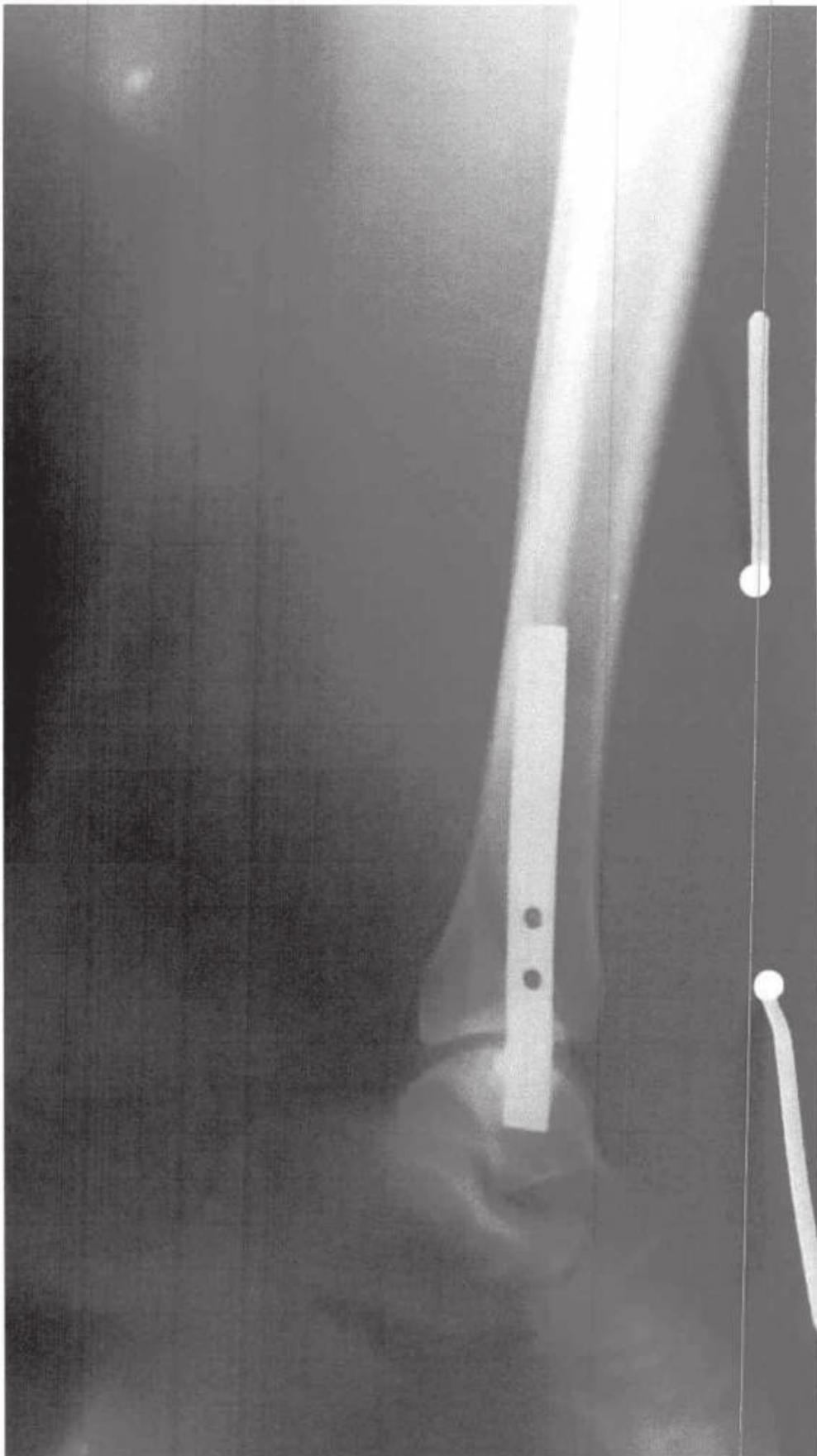
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 42



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 43



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 44

Tribunal de Justiça do Paraná



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 45



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 46



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO N°
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF. LEITC
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com reia ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço p continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

CRM-PB 9293/11601-15816

Oftopediatria Traumatologia

Dr. Carlos Teixeira da S. Chaves

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

06/02/2019

DATA





P/gerlane chaves gouveia
Laudo Médico

Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapt(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.5 + S82.6

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128-PB TEOT 9.603

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Oncopedia e Traumatologia
CRM-PB 9233 / TEOT 15815

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





Nome: <i>Gerlane chaves gouveia</i>				Registro:	
Idade: 33 a	Sexo: Fem	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 06/02/2019				Cirurgião: <i>Carlos tiago</i>	
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>				2º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>	
Anestesista:				Instrumentador: <i>Maria</i>	

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura do Maléolo Lateral esquerdo

S82.6

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Osteossíntese do Tornozelo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

07 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não
Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Scanned by CamScanner



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
	Realizado garroteamento de membro inferior
	Assepsia + Antissepsia
	Aposição de campos cirúrgicos estériles
Incisão:	
	Incisão em região lateral do tornozelo
	Dissecção por planos até foco de fratura
	Hemostasia com eletrocautério
Achados:	
	Visualização de fratura do maléolo lateral
Conduta:	
	Realizada manobra de redução
	Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
	Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3,5mm + 04 parafusos corticais + 02 parafusos esponjosos
Realizado RX controle	
	Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%
Fechamento:	
	Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo	
	Tala bota gessada
OBS:	

Data: 06/02/2019

Or. Carlos Tiago da S Chaves
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 22231 / EOT 15816
MÉDICO/CRM

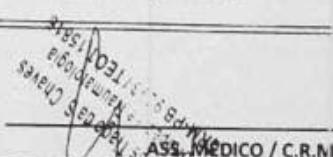
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Scanned by CamScanner





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO Nº
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF.
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>	DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maleolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo.</i>				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maleolo lateral</i>				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDICÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO				
RESUMO CLÍNICO <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</small> <i>Paciente portador(a) de fratura de maleolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>				
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA				
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>				
REPOUSO: <i>Relativo em casa por 15 dias.</i> <i>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</i> <i>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>				
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)</i>				
RETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias.</i> <i>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>				
<i>06/02/2019</i> <small>DATA</small> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">  ASS. MÉDICO / C.R.N. </div>				
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, <small>CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</small>				

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



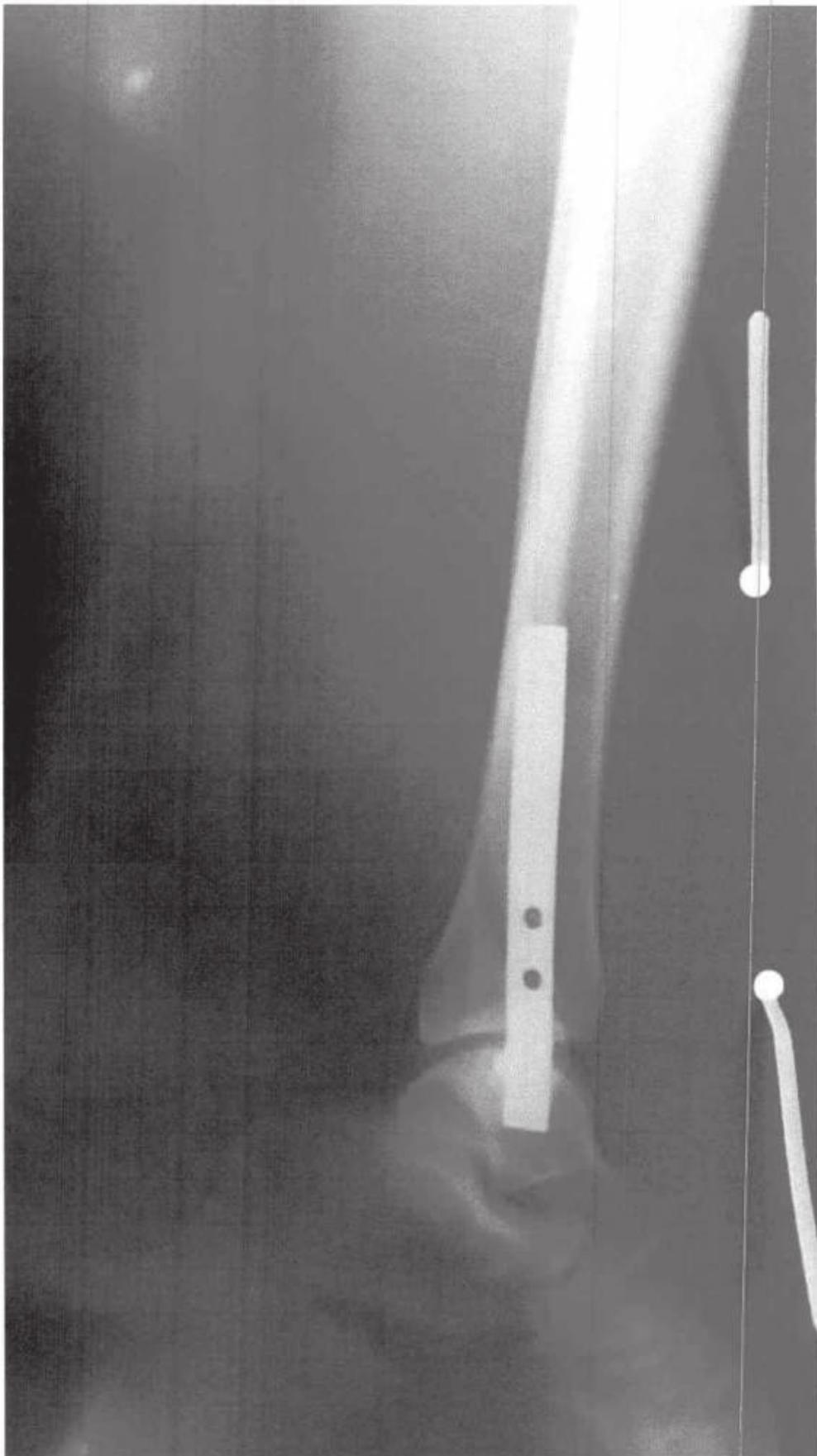
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 52



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 53



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 54

Tribunal de Justiça do Paraná



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 55



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 56



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO N°
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF. LEITC
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com reia ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço p continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*
REPOUSO: *Relativo em casa por 15 dias.*
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: *Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.*

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)*

RETORNO: *Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.*

CRM-PB 9293/11601-15816

Oftopediatria Traumatologia

Dr. Carlos Teixeira da S. Chaves

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

06/02/2019

DATA





P/gerlane chaves gouveia
Laudo Médico

Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapt(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.5 + S82.6

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128-PB TEOT 9.603

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Oncopedia e Traumatologia
CRM-PB 9233 / TEOT 15815

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



Lívio Moreira

Painel interno de
pedra de onibus, da
entrada do museu
com foto de sa de
tanzelha O. Peixoto
-bolsa a H. Cerejo
em documento
máximo

c13=502

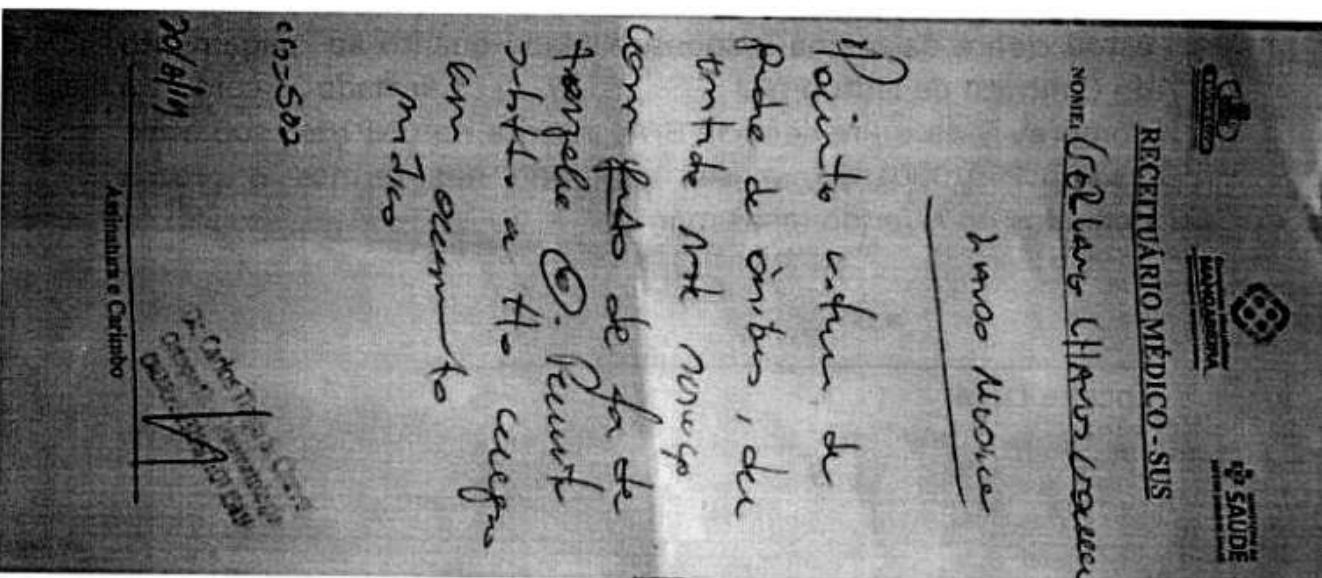
27/03/2019

20/8/19

Assinatura e Carimbo

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



*P/gerlane chaves gouveia
Laudo Médico*

Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese , encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.5 + S82.6

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128-PB

TEOT 9.603

Dr. Carlos Tiago de S. Chaves
Ortopedista Traumatologista
CRM-PB 92934 TEOT 15916

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





Nome: <i>Gerlane chaves gouveia</i>				Registro:	
Idade: 33 a	Sexo: Fem	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 06/02/2019				Cirurgião: <i>Carlos tiago</i>	
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>				2º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>	
Anestesista:				Instrumentador: <i>Maria</i>	

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura do Maléolo Lateral esquerdo

S82.6

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Osteossíntese do Tornozelo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

07 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não
Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Scanned by CamScanner



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
	Realizado garroteamento de membro inferior
	Assepsia + Antissepsia
	Aposição de campos cirúrgicos estériles
Incisão:	
	Incisão em região lateral do tornozelo
	Dissecção por planos até foco de fratura
	Hemostasia com eletrocautério
Achados:	
	Visualização de fratura do maléolo lateral
Conduta:	
	Realizada manobra de redução
	Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
	Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3,5mm + 04 parafusos corticais + 02 parafusos esponjosos
Realizado RX controle:	
	Limpeza da ferida operatória com SF a 0,9%
Fechamento:	
	Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo:	
	Tala bota gessada
OBS:	

Data: 06/02/2019

Or. Carlos Tiago da S Chaves
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 22231 / EOT 15816
MÉDICO/CRM

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

Scanned by CamScanner





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>	DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>	TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>	ENF. LEITO
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>		CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo.</i>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>			
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDICÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
ÓBITO	<input type="checkbox"/>		
RESUMO CLÍNICO <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</small> <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>			
REPOUSO: <i>Relativo em casa por 15 dias.</i>			
<i>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</i>			
<i>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>			
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)</i>			
RETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias.</i>			
<i>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>			
06/02/2019 DATA		ASS. MÉDICO / C.R.N. <i>ASS. MÉDICO / C.R.N.</i>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



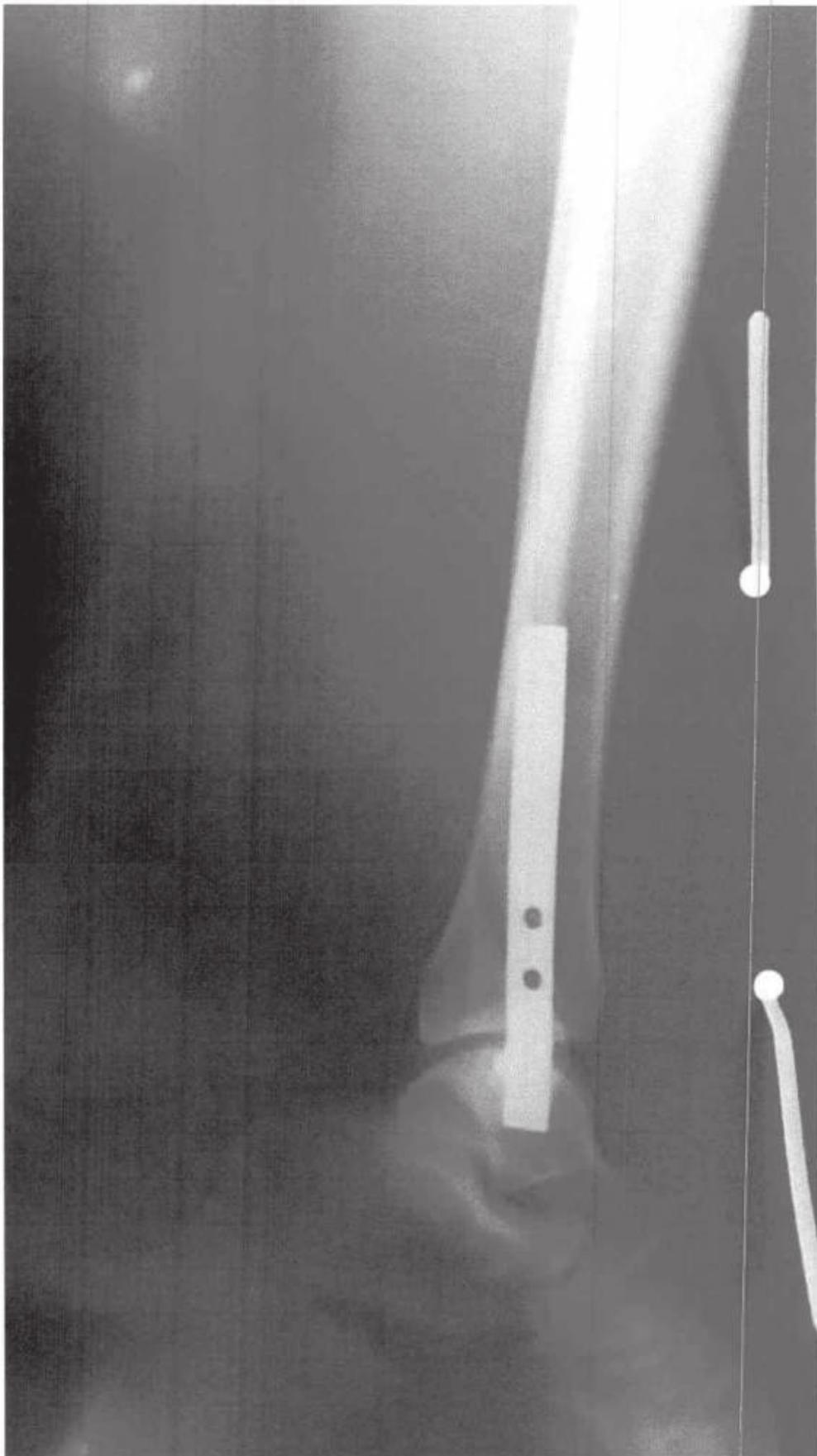
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 65



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 66



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 67

Tribunal de Justiça do Paraná



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 68



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 69



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO N°
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF. LEITC
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com reia ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço p continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

CRM-PB 9293 / TED 115816

Oftopediatria Traumatologia

Dr. Carlos Teixeira da S. Chaves

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

06/02/2019

DATA





P/gerlane chaves gouveia
Laudo Médico

Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapt(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.5 + S82.6

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128-PB TEOT 9.603

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Oncopedia e Traumatologia
CRM-PB 9233 / TEOT 15815

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





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 72

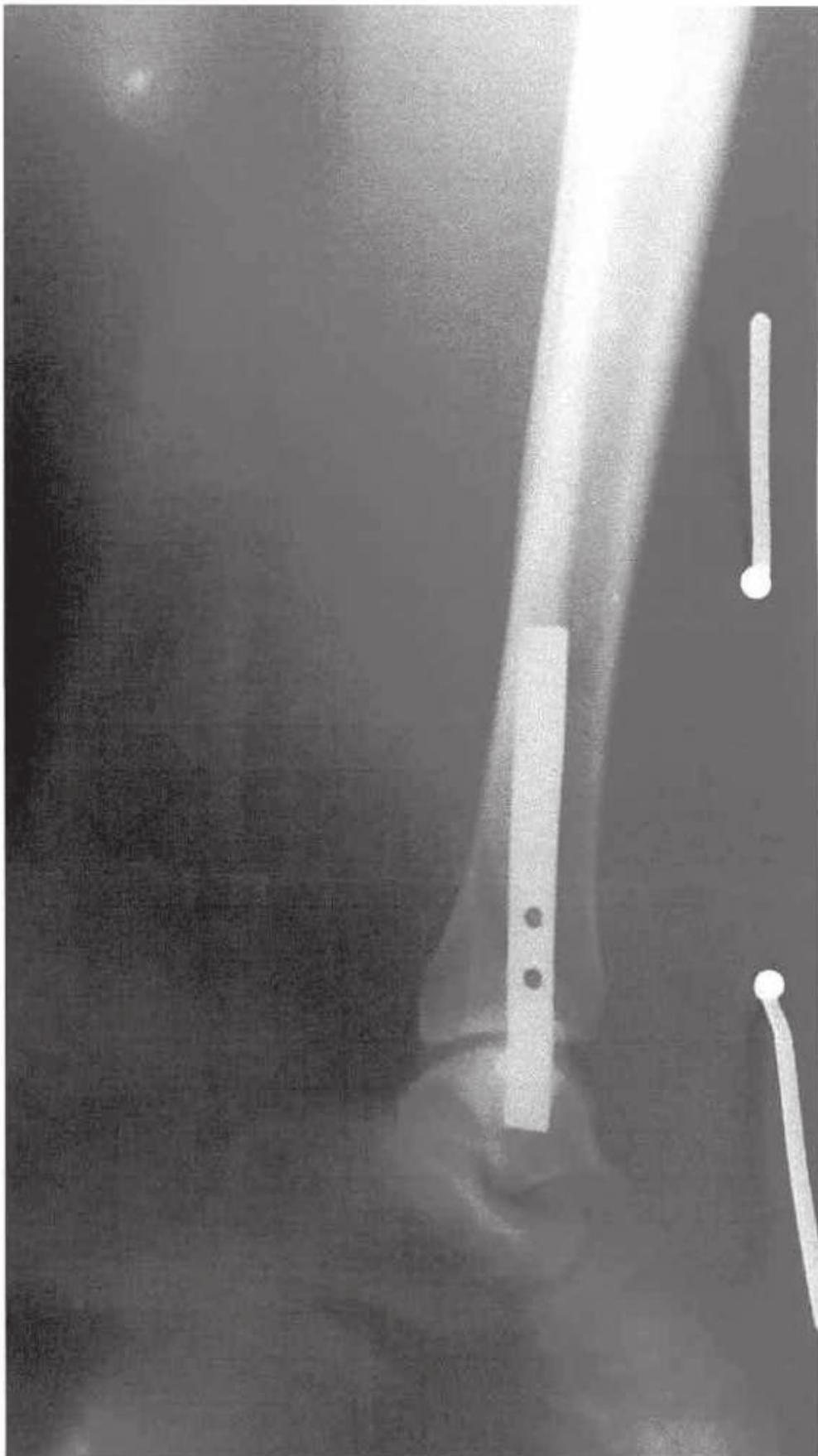


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 73



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 74



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>				PRONTUÁRIO N°
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF. LEIT.
DATA DE ADMISSÃO <i>03/02/2019</i>		DATA DE ALTA <i>06/02/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>dias</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral</i>				CID <i>S82.6</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	RESULTADO BACTERIOLOGIA	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteosíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com referência ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)*

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

CRM-PB 9293 / COT 15816
Ortopedista Traumatologista

JC Carlos Teixeira Gomes Chaves

06/02/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Gislane Chaves Moreira

Lanço M. 000

Paciente infun de escanteio d
trânsito. Em contato com mao
com pele dura d fa de Melche batul.
Paciente obteve a Ho utiagro.
Paciente em fisiolog norma e
em escanteio muito ambul.

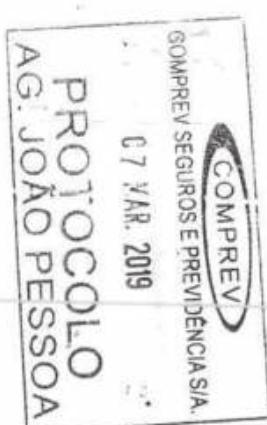
(n) 58211865

15/05/19

J. Carlos Ribeiro S. Chaves
CRM-PB 9230, TEOZ-5816

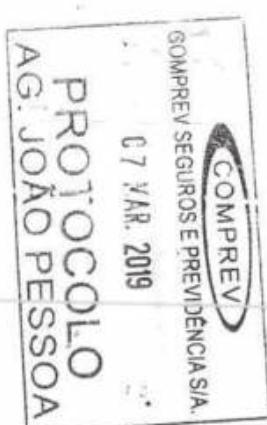
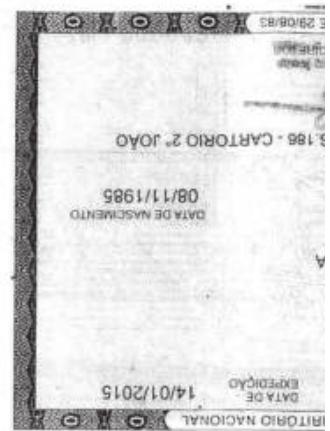
Assinatura e Carimbo





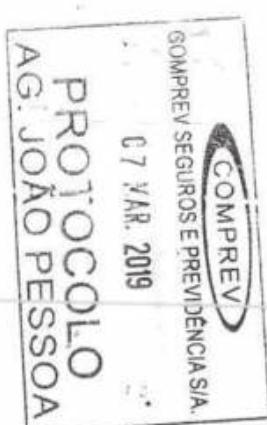
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

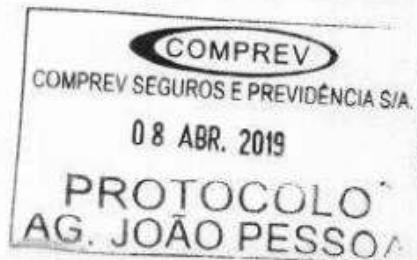
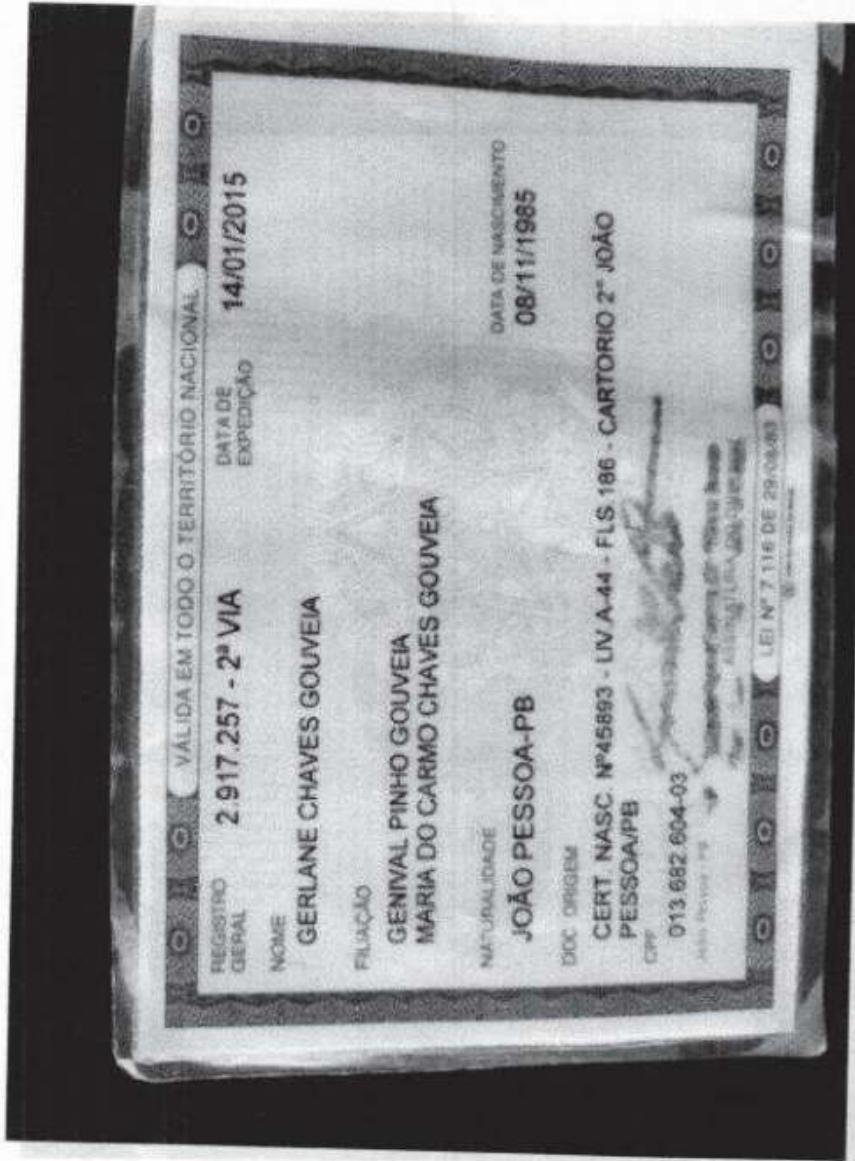
Num. 32189787 - Pág. 77



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 78





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 80





CO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

21 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.917.257 - 2 ^a VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	14/01/2015
NOME	
GERLANE CHAVES GOVEIA	
FILIAÇÃO	
GENIVAL PINHO GOVEIA MARIA DO CARMO CHAVES GOVEIA	
NATURALIDADE	
JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO
08/11/1985	
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. Nº45893 - LIV. A/44 - FLS 186 - CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA/PB	
CPF	
013.682.604-03	
Assinatura do Agente de Seguros	
LEI N° 7.110 DE 29/06/83	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911520739600000030846456>
Número do documento: 20070911520739600000030846456

Num. 32189787 - Pág. 82



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Geralne Chaves Gouveia
 DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682.609-03
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Geralne Chaves Gouveia
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 N° _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS -

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PE
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU I DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DI
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) D
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME D (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS C

DOCUMENTOS COMPLEME

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRES DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOU
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRES

INFORMAÇÕES IMPORTA

- MORTE = R\$ 13 VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PER DAS LESÕES E I
- DESPESAS MÉD VARIA CONFOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, POD LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEN GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTRE

DATA 07/03/2019
 IDENTIDADE 2917257
 ASSINATURA Geralne Chaves





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Geralne Chaves Gouveia
 DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682.609-03
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Geralne Chaves Gouveia
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 N° _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS -

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PE
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU I DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DI
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) D
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME D (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS (

DOCUMENTOS COMPLEME

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRES DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOU
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRES

INFORMAÇÕES IMPORTA

- MORTE = R\$ 13 VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PER DAS LESÕES E I
- DESPESAS MÉD VARIA CONFOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, POD LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEN GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTRE:

DATA 07/03/2019
 IDENTIDADE 2917257
 ASSINATURA Geralne Chaves





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Geralne Chaves Gouveia
 DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682.609-03
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Geralne Chaves Gouveia
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 N° _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS -

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PE
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU I DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DI
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) D
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME D (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS (

DOCUMENTOS COMPLEME

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRES DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOU
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRES

INFORMAÇÕES IMPORTA

- MORTE = R\$ 13 VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PER DAS LESÕES E I
- DESPESAS MÉD VARIA CONFOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, POD LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEN GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTRE

DATA 07/03/2019
 IDENTIDADE 2917257
 ASSINATURA Geralne Chaves





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gerlane Charles Gouveia

DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 013-687.609-03

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Gerlane Charles Gouveia

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS -

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PEI
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU C
- DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DI
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFO
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) D
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE
- SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME D
- (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO
- CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS E

DOCUMENTOS COMPLEME

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRES
- DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABAL
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOU
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRES

INFORMAÇÕES IMPORTA

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • MORTE = R\$ 1 • INVALIDEZ PER • DAS LESÕES E • DESPESAS MÉ • VARIA CONFOR |
| <ul style="list-style-type: none"> • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇ • COMPLETA • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, POD • LISTADOS NESTE FORMULÁRIO • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEN • GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204 | |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTRE

DATA 07/03/2019
 IDENTIDADE 2917257
 ASSINATURA Gerlane Charles Gouveia



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190335428 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA
físico: MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078263/19

Vítima: GERLANE CHAVES GOUVEIA

CPF: 013.682.604-03

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERLANE CHAVES GOUVEIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GERLANE CHAVES GOUVEIA : 013.682.604-03

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: 07/03/2019
Nome: GERLANE CHAVES GOUVEIA
CPF: 013.682.604-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GERLANE CHAVES GOUVEIA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

