



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
32189787	09/07/2020 11:52	2732409_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 21 de 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 1438251





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



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), GERLANE CHAVES GOUVEIA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

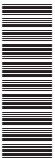
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00469/00470 - carta_15R - INVALIDEZ

00020235





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	Garlane Chaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU/SEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Garlane Chaves Gouveia	013.682.604-03	
Profissão:	Endereço:	Número: 469 Complemento:
Redutor	Telegrafista Chateaubriand B. Flo.	317 22/12 201
Bairro:	Cidade:	Estado:
Mugu Magro	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58066-120	859887-2506

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

<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"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0037	CONTA: 26844
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019

Nome: Garlane Chaves Gouveia

CPF: 013.682.604-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **COMPREV**

CPF: **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

07 MAR 2019

2ª | Nome: **PROTOCOLO**

CPF: **AG. JOÃO PESSOA**

(*) 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.

FP5.001 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	Garlane Chaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU/SEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Garlane Chaves Gouveia	Redatora	013.682.604-03
Endereço:	Cidade:	Estado:
Telegrafista Chateaubriand B. Flo.	João Pessoa	PB
Bairro:	E-mail:	CEP:
Mugu Magro		58066-120
		Tel.(DDD):
		859887-2506

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: _____ Falecidos: _____
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)	Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019	TESTEMUNHAS
Nome: Garlane Chaves Gouveia	Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: 013.682.604-03	CPF: _____	CPF: _____
		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
		07 MAR 2019
		2ª Nome: _____
		CPF: _____
		PROTOCOLO
		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, 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.

FP5.001 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: 013.682.604-03 Nome completo da vítima: Gailane Chaves Gouveia

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

Nome completo: Gailane Chaves Gouveia CPF: 013.682.604-03

Profissão: Pedreiro Endereço: Telegrafista Chateaubriand B. Flo. 317 22/02/201

Bairro: Migu Magro Cidade: São Pessoa Estado: PB CEP: 58066-120

E-mail: _____ Tel.(DDD): 859887-2506

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 26844 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019

Nome: Gailane Chaves Gouveia

CPF: 013.682.604-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 MAR 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(*) 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.

FP5.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: Profissão: Endereço: Cidade: Estado: CEP: Tel. (DDD):

Bairro: E-mail: Complemento: CEP: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Conta Corrente (Somente para os bancos abaixo)

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

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: 2ª Nome: CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



CAIXA

POUPANÇA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MasterCard

débito

603689 0010 47060 8639

GERLANE C GOUVEIA

0037 013 00026844-9 06/21



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

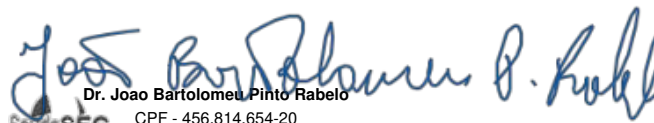
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190335428
Nome do(a) Examinado(a): Gerlane Chaves Gouveia
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Telegrafista Chateaubriand 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 OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUE 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. Nexa 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 (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- 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: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





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 Chateaubriand 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:

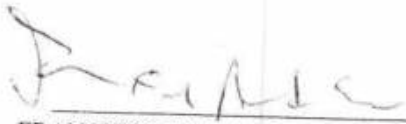
Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

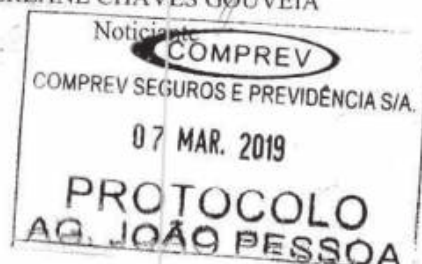
que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu 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 traumínha, 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 câmaras 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.


FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente de Investigação


GERLANE CHAVES GOUVEIA





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 Chateaubriand 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:

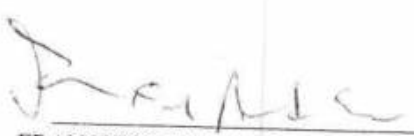
Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.


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 câmaras 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.


FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente de Investigação


GERLANE CHAVES GOUVEIA





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 Chateaubriand 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:

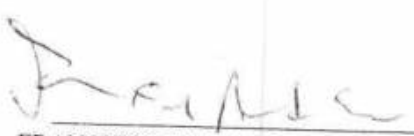
Local: Rua Josefa Taveira, nº s/n, Próximo Ao Trevo das Mangabeiras, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: veículo de transporte coletivo; Data/Hora: 03/02/19 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

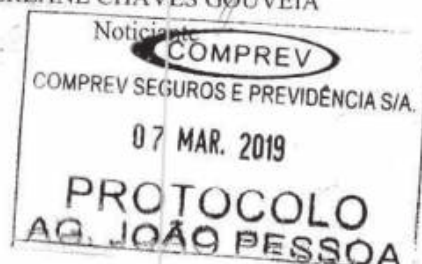
que foi vítima de negligência e imperícia por parte de um motorista da empresa de transporte público, transnacional, linha 301, o qual, após a noticiante que se encontrava com seu filho nos braços, subir os degraus de acesso ao ônibus, ter arrancado de repente, causando sua queda, juntamente com seu 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 câmaras 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.


FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA
Agente de Investigação


GERLANE CHAVES GOUVEIA





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 Chateaubriand 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**.

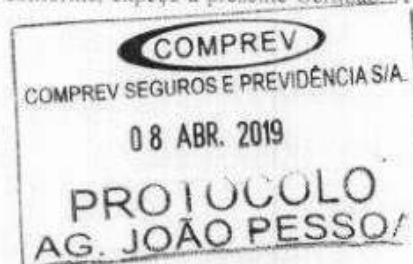
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 traumínha, 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 Gouvêa 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 Saulo Araujo 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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



Procedimento Policial: 00826.01.2019.1.00.402



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª 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 SAUL 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 CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.



Procedimento Policial: 00826.01.2019.1.00.402





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 Chateaubriand 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 traumática, 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, exceção a presente Certidão, A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 09 de fevereiro de 2019.

FRANCISCO EUDES PEREIRA DE SOUZA

Agente **COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GERLANE CHAVES GOUVEIA

Noticiante

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA 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	Garlane Chaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU/SEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Garlane Chaves Gouveia	
Profissão:	Endereço:	CPF: 013.682.604-03
Redatora	Telegrafista Chateaubriand B. Flo.	Número: 469 Complemento: 317 22/02 201
Bairro:	Cidade:	Estado:
Mugu Magro	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58066-120	859887-2506

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)	Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019	TESTEMUNHAS
Nome: Garlane Chaves Gouveia	Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: 013.682.604-03	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	CPF: _____
		07 MAR 2019
		PROTOCOLO
		AG. JOÃO PESSOA

(*) 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.

FP5.001 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	Garlane Chaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU/SEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Garlane Chaves Gouveia	013.682.604-03	
Profissão:	Endereço:	Número: 469 Complemento:
Redutor	Telegrafista Chateaubriant B. Flo.	317 22/12 201
Bairro:	Cidade:	Estado:
Mugu Magro	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58066-120	859887-2506

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)	Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019
	Nome: Garlane Chaves Gouveia
	CPF: 013.682.604-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: COMPREV
CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 MAR 2019
2ª Nome: PROTOCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA

(*) 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.

FP5.001 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	Garlane Chaves Gouveia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU/SEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Garlane Chaves Gouveia	
Profissão:	Endereço:	CPF: 013.682.604-03
Redatora	Telegrafista Chateaubriand B. Flo.	Número: 469 Complemento: 317 22/MP 201
Bairro:	Cidade:	CEP: 58066-120
Mugu Negro	João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	Tel. (DDD): 8598877-2506	

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)	Local e Data: João Pessoa, 07/03/2019	TESTEMUNHAS
Nome: Garlane Chaves Gouveia	Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: 013.682.604-03	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura: _____

(*) 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.

FP5.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: Profissão: Endereço: Cidade: Estado: CEP: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.501,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: 2ª Nome: CPF:

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 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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 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=2007091152073960000030846456

Número do documento: 2007091152073960000030846456

CAIXA

POUPANÇA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MasterCard

débito

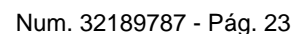
603689 0010 47060 8639

GERLANE C GOUVEIA

0037 013 00026844-9 06/21



Scanned by CamScanner



período 05/02/2019

Realizada visita de
avaliação + atendimento

em nome de
SUELIO MOREIRA TORRES

Assinatura do Médico Responsável e Carimbo

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
(
(
)			
)			

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

SEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
Pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Suelio Moreira Torres

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Scanned by CamScanner



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity
CENTRO FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (53) 3214-1980

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

Nome do Paciente: GERLANE CHAVES GOUVEIA
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 anos
End: RUA TELEGRAFISTA CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, 04PAT.201 BL 22
Cidade: PARATIBE UF: PB
Mãe: MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA
Pádua: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Profiss: COZINHEIRO Escolaridade: NAO INFORMADO
Modo de Entrada: A MESMA
Responsavel: / SEM DOCUMENTO: 30
Dencia: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301
Vitima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - RJ, 21.30H
Vitima de violencia por: MANGABEIRA
Caso Policial

CONSULTA
Classificacao de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
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
IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Q2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
	<input type="checkbox"/> Vomito
	Observacao

Principal
EM TNZ ESQ

Historia - Exame Fisico - Traza do atendimento medico

Diagnostico: *Intoxicação*

Conduta: *Intoxicação*

Horario da medicacao:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
07 MAR. 2019
PROTOKOLO
AG. JOAO PESSOA

Scanned by CamScanner



período 05/02/2019

Realizada visita de
avaliação + atendimento

em nome do(a) enfermeiro(a)
Suelio Moreira Torres

Assinatura do(a) enfermeiro(a) responsável

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
(
(
)			
)			

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

SEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
Pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Suelio Moreira Torres

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Scanned by CamScanner



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL DE MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity
CENTRO FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (53) 3214-1980

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

Nome do Paciente: GERLANE CHAVES GOUVEIA
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2917257 Fone: 988772506
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/11/1985 Id: 33 anos
End: RUA TELEGRAFISTA CHATEAUBRIAND BRASIL FILHO, 04PAT.201 BL 22
Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA
Pádua: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Profiss: COZINHEIRO Escolaridade: NAO INFORMADO
Processo de Entrada: A MESMA
Responsavel: / SEM DOCUMENTO: 30
Dencia: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301
Vitima de acidente por: QUEDA DENTRO DE ONIBUS - RJ, 21.30H
Vitima de violencia por: MANGABEIRA
Caso Policial

CONSULTA
Classificacao de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
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
IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Q2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
	<input type="checkbox"/> Vomito
	Observacao

Principal
EM TNZ ESQ

Historia - Exame Fisico - (Data do atendimento medico)
Pronto e eutroico TNZ @ LK

Conduta: *Intervenção*

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
07 MAR. 2019
PROTOKOLO
AG. JOAO PESSOA

Scanned by CamScanner



período 05/02/2019

Realizada visita de
avaliação + atendimento

em nome de
SUELIO MOREIRA TORRES

Assinatura do Médico

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
(
(
)			
)			

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

SEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
Pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Suelio Moreira Torres

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Scanned by CamScanner



Paralelepipedo 12x12x12
De 12x12x12 de
material 12x12x12

Paralelepipedo 12x12x12
De 12x12x12 de
material 12x12x12

ANCIACOS DA ENFERMAGEM

Nome	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

CONTAMENTO REALIZADO

CONTAMENTO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI ☐
A pedido ☐ Enfermaria ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML ☐

Assinatura do Paciente/Responsável

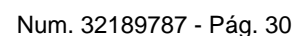
Assinatura do Médico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



perito 05/02/2019
Realizada visita de
avaliação e anamnese

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
(
(
)			
)			

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

EXAMENHO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
Em pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Scanned by CamScanner



HEFETU MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
BA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
6056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE

Nome: GERLANE CHAVES GOUVEIA

Num. de vezes atendido: 3

Num. Prontuario: 2018.04.000741

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

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

End.: RUA TELEGRAFISTA CHATEUBRIAND BRASIL FILHO, 0APAT.201 BL 22

Muro: PARATIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA

Pai: GENIVAL PINHO GOUVEIA

Par: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COZINHEIRO

Estado Civil: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: A MESMA

Ref/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RUA

Transporte utilizado: ONIBUS 301

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

Vitima de violência por: MANGABEIRA

[] Caso Policial

REF-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

de Classificação de Risco: AMARELO

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

sc:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Comia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Principa

UMA EM TNZ ESQ

Relato sobre TNZ ESQ

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame físico realizado pelo Dr. Suelio

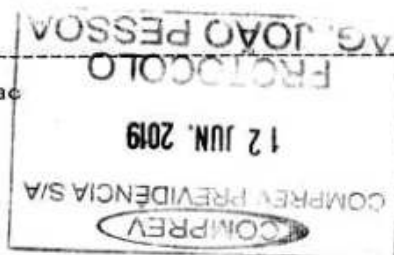
agnostico

Conduta

Intervenção

Prescrição

Horario da medicação



Assinatura do médico



psicologa - 05/02/2019

Realizada visita de
acolhimento + orientações

[Assinatura]
M. S. MOREIRA TORRES

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
2				
3				



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

[Assinatura]

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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



GERLANE CHAVES GOUVEIA

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

CNPJ 09.095.183/

Nota Fiscal / Conta d

Cód. para l

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: v

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura



GERLANE CHAVES GOUVEIA

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

CNPJ 09.095.183/

Nota Fiscal / Conta d

Cód. para l

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: v

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura



GERLANE CHAVES GOUVEIA

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

CNPJ 09.095.183/

Nota Fiscal / Conta d

Cód. para l

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: v

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura



GERLANE CHAVES GOUVEIA

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

JOAO PESSOA / PB CEP: 59030000 (AG. 1)

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

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - Jo

Roteiro: 18 - 5 - 621 - 4630

Nº medidor: 00008367773

ENERGISA PARAIBA - DI

CNPJ 09 095 182 /

Nota Fiscal / Conta d

Cód. para l

Atendimento ao Cliente ENERGISA

0800 083 0196

Acesse: v

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura





Nome: <i>Gerlane chaves gouveia</i>				Registro:	
Idade: <i>33 a</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>06/02/2019</i>			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	
<i>Fratura do Maléolo Lateral esquerdo</i>				<i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/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 estéreis

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

Dr. Carlos Tiago das Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 92931/150115816

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.	LEITO
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 Malleolo 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 malleolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de malleolo 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: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
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: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <i>21</i> dias para revisão.					
06/02/2019 DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Scanned by CamScanner

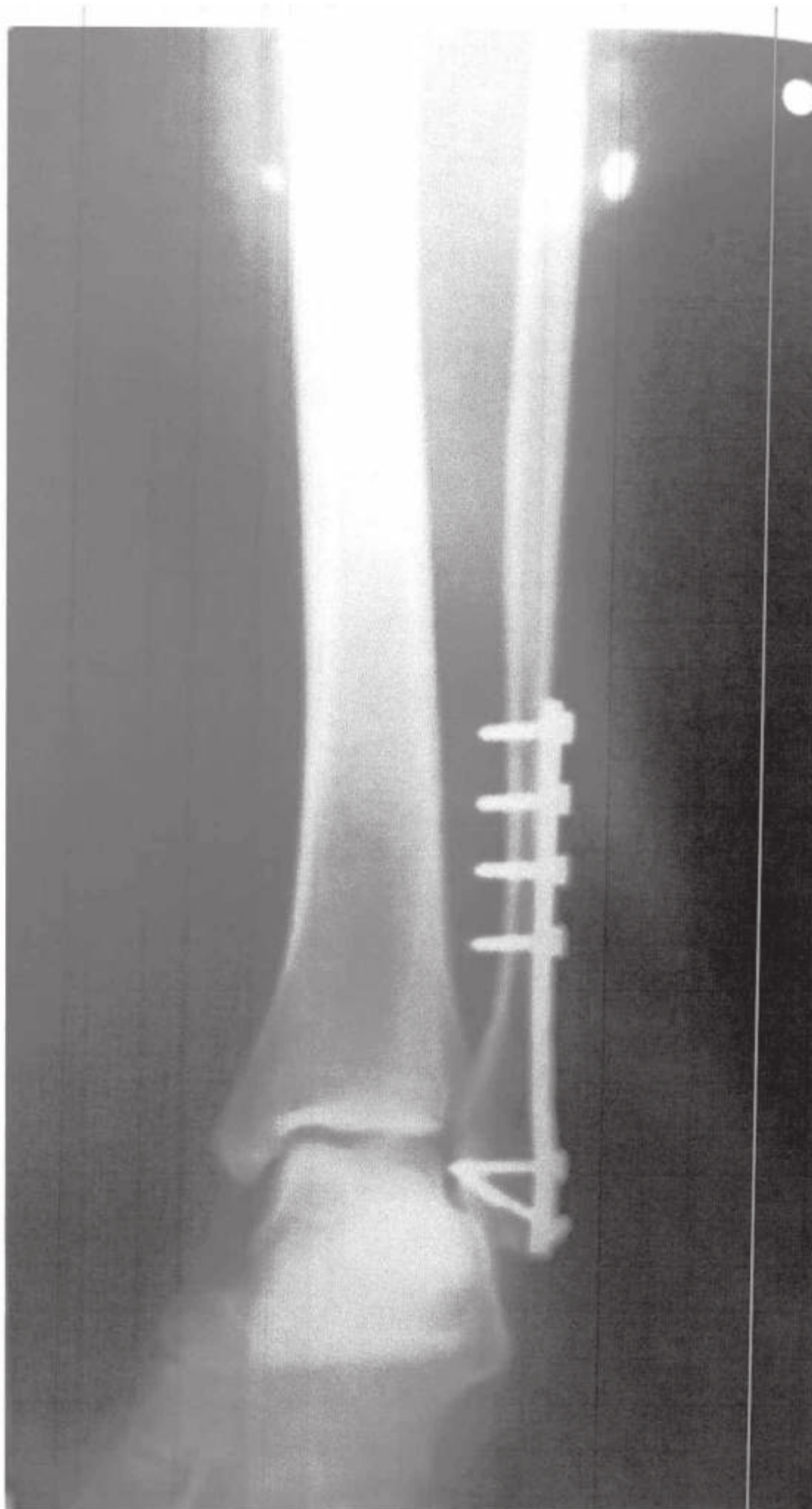


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2020 11:52:07

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

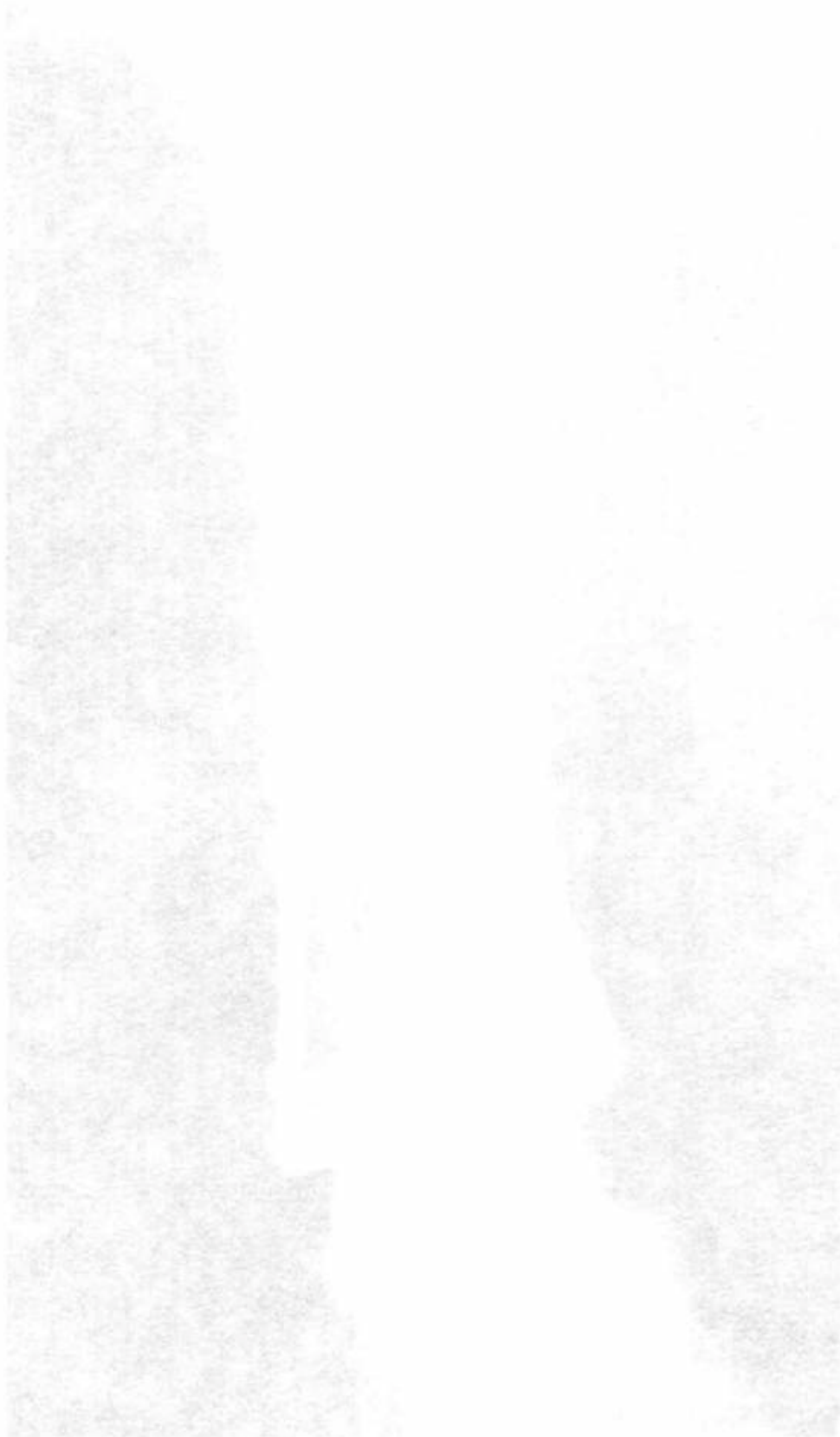
Número do documento: 20070911520739600000030846456

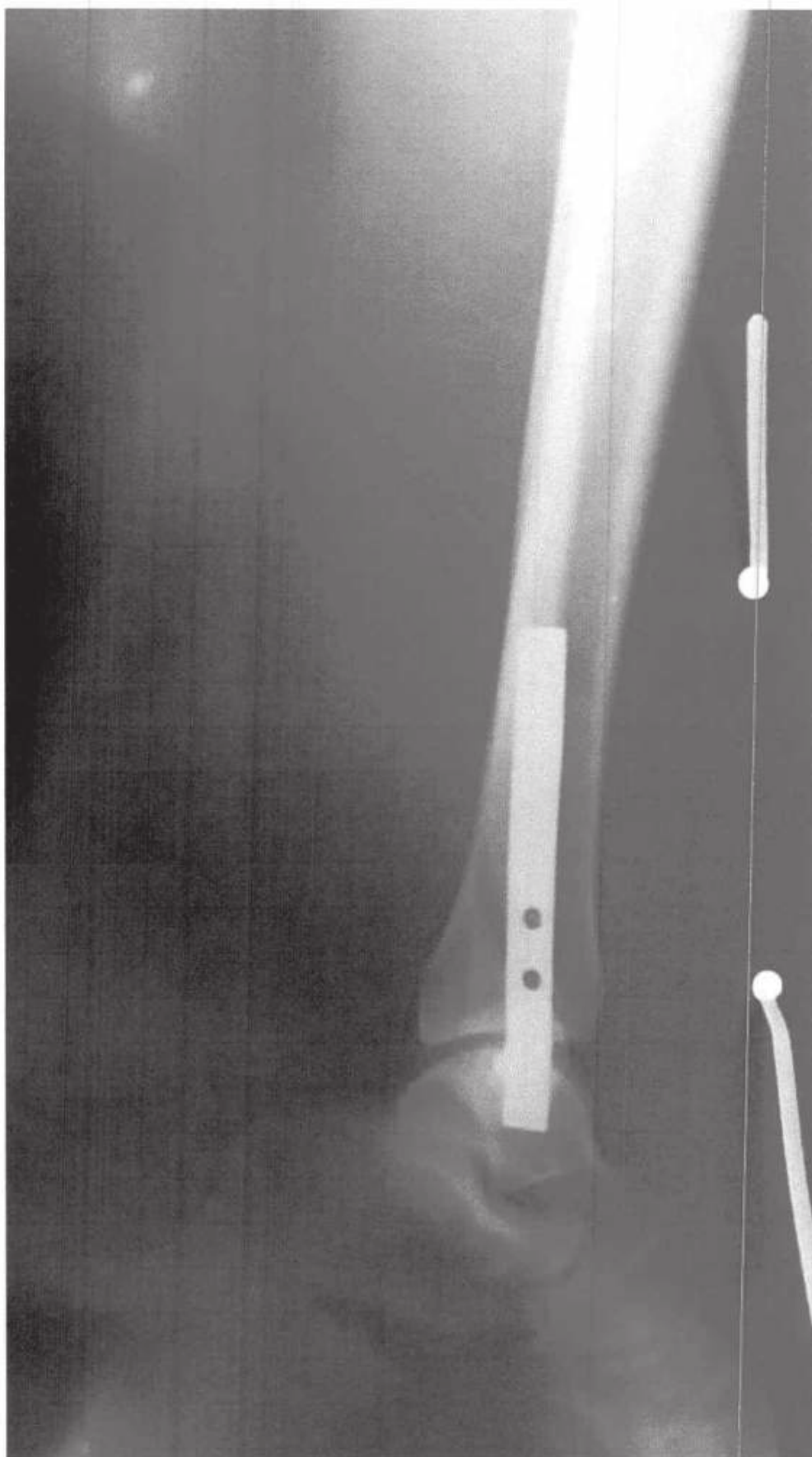
Num. 32189787 - Pág. 41



Scanned by CamScanner







Scanned by CamScanner

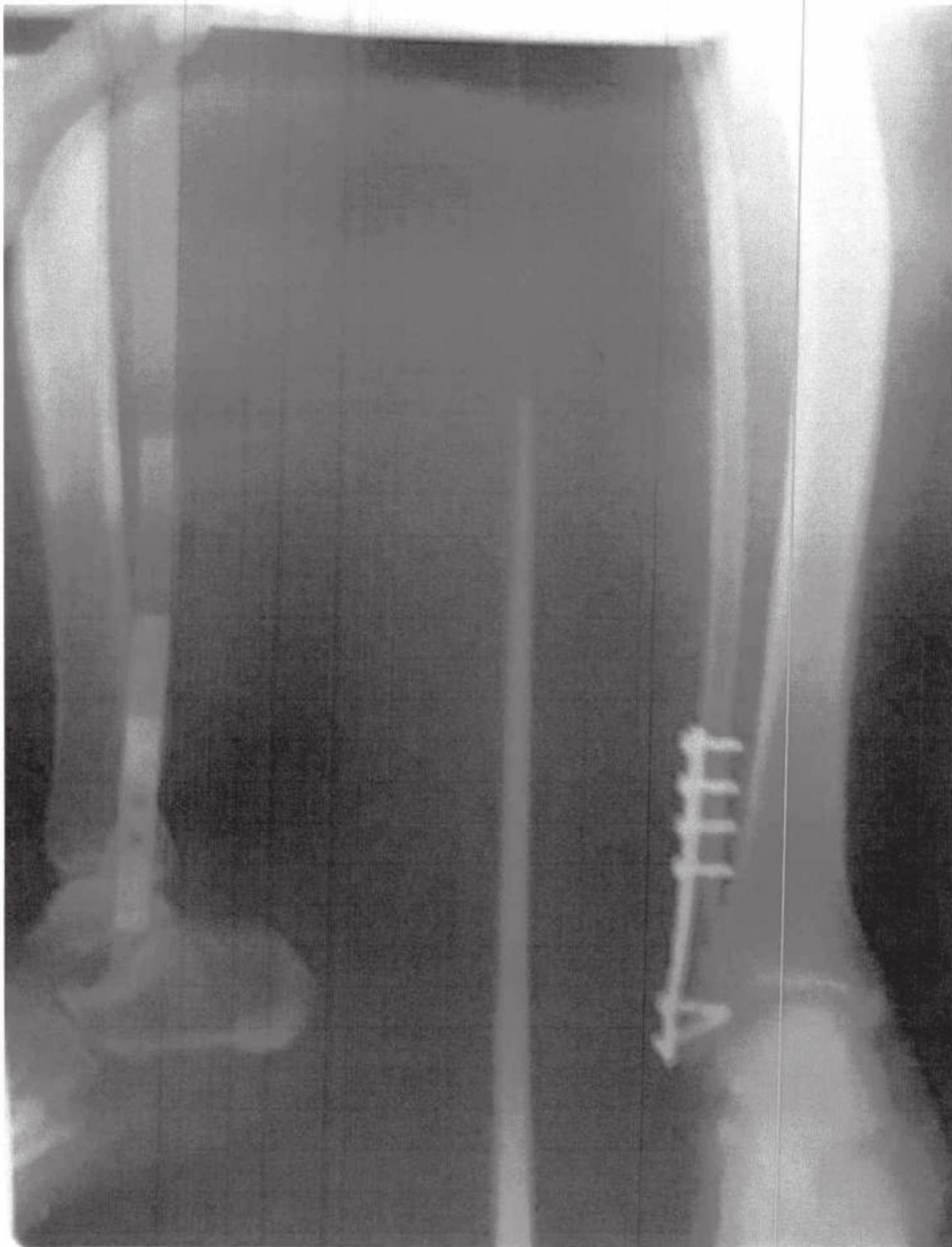


TRABALHO 11.11.2020

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



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>	
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>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()			
ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
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.

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.

06/02/2019
DATA

Dr. Carlos Augusto S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 92931/150175816

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





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 da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 / 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: <i>33 a</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>06/02/2019</i>			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	
<i>Fratura do Maléolo Lateral esquerdo</i>				<i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

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

Scanned by CamScanner



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decubito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

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

Dr. Carlos Tiago das Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 92931/150115816

MÉDICO/CRM

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

Scanned by CamScanner



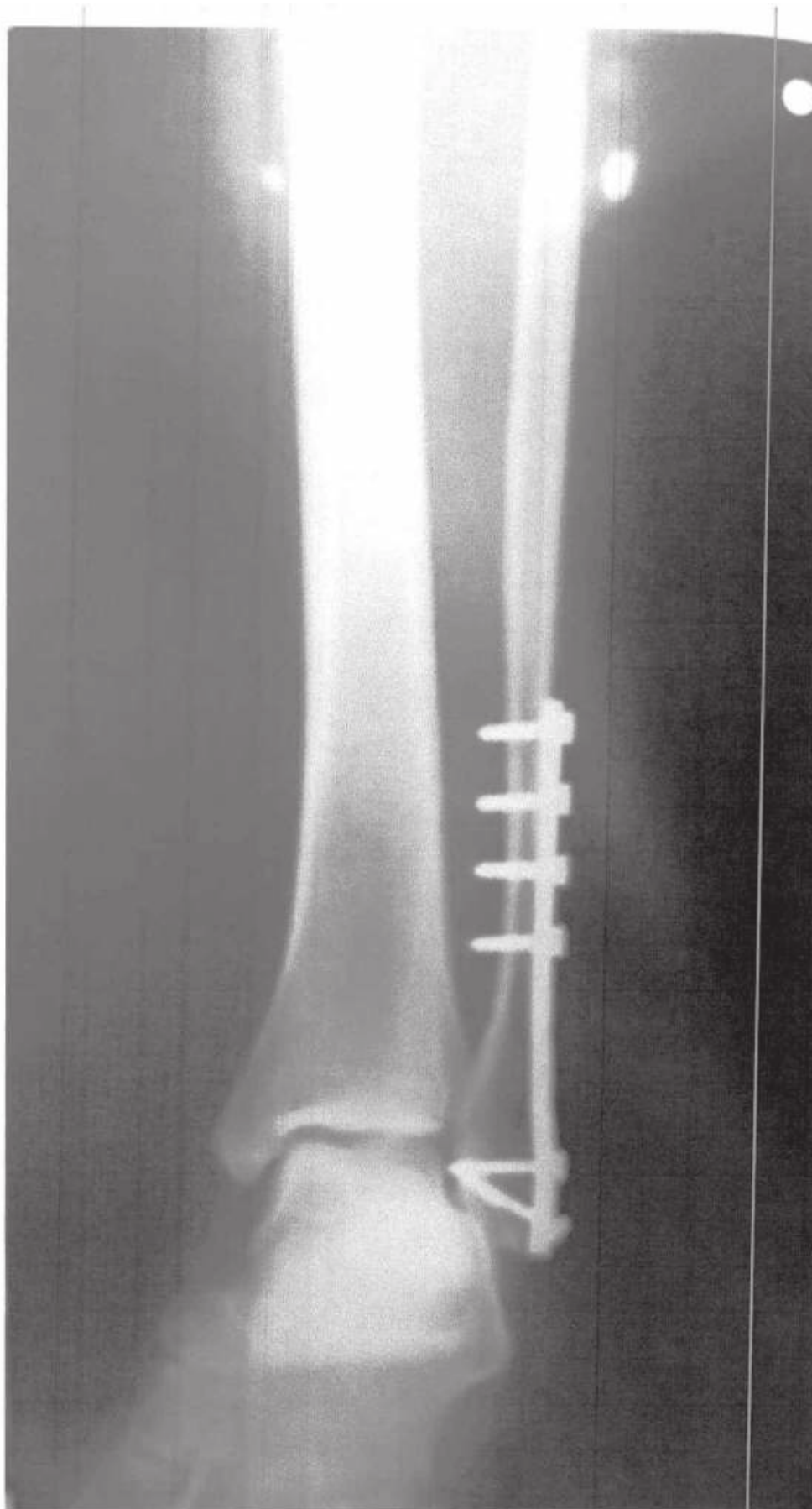


LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>		PRONTUÁRIO Nº			
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF.	LEITO
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 Malleolo 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 malleolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de malleolo 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: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
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: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <i>21</i> dias para revisão.					
06/02/2019 DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

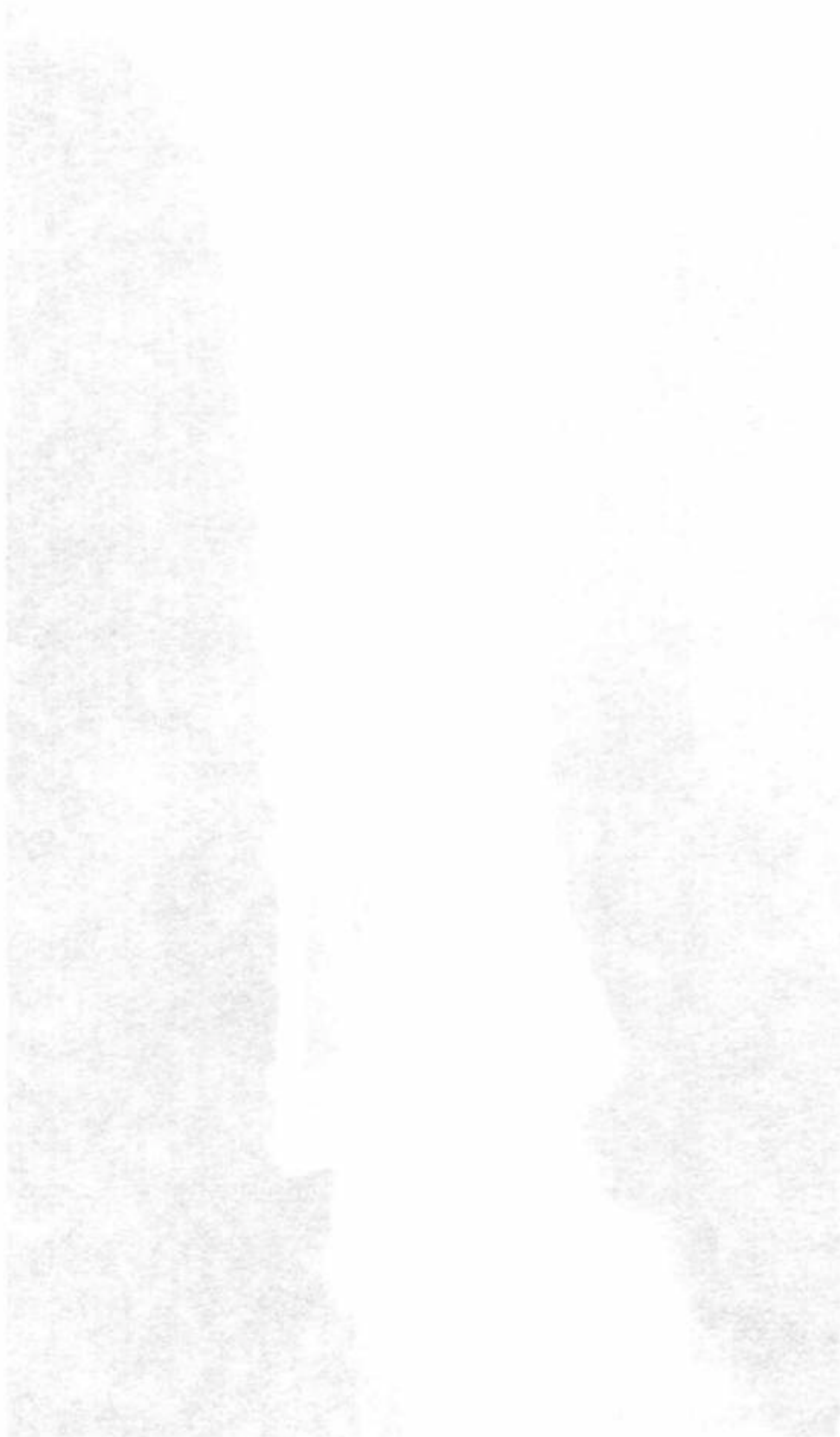
Scanned by CamScanner

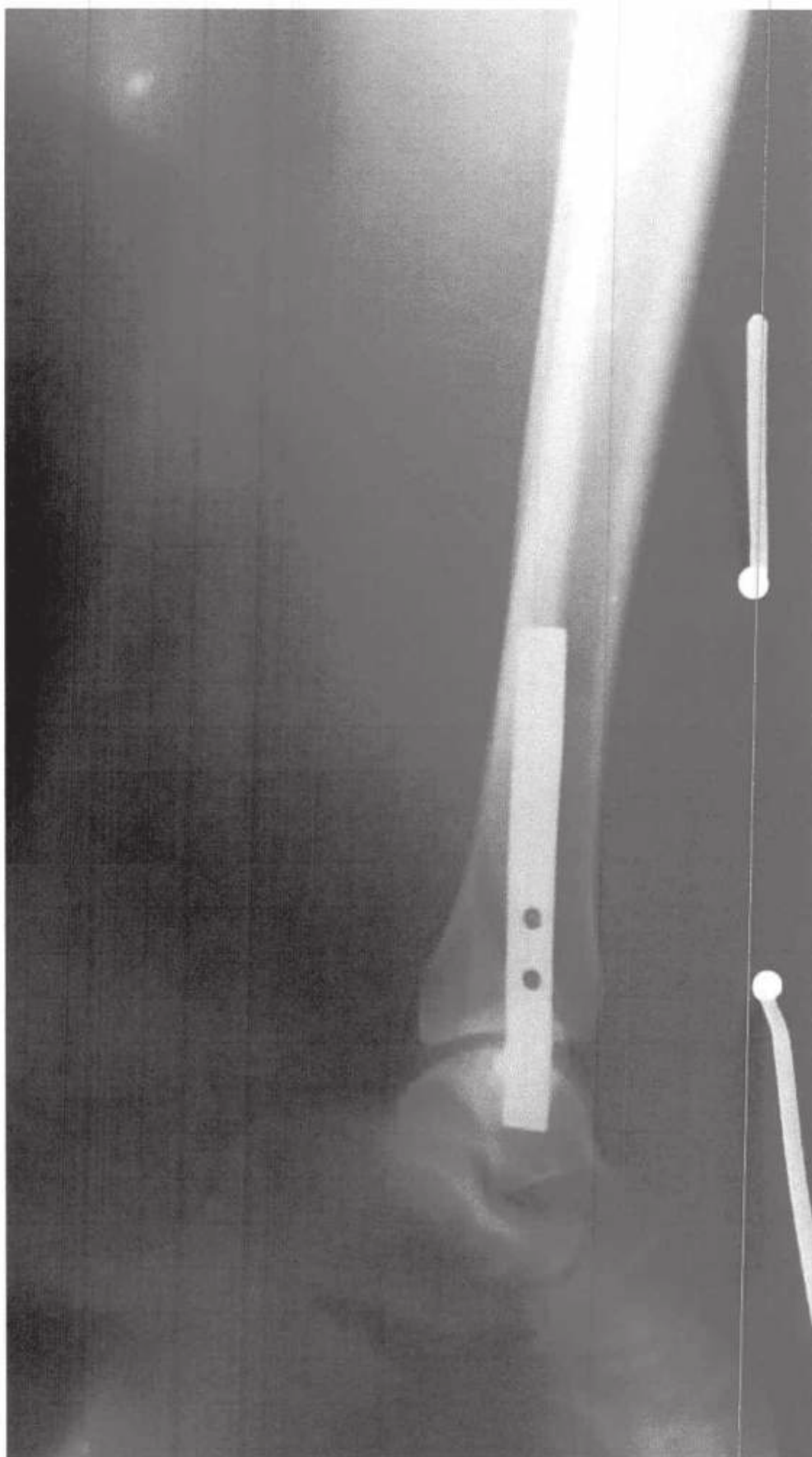




Scanned by CamScanner





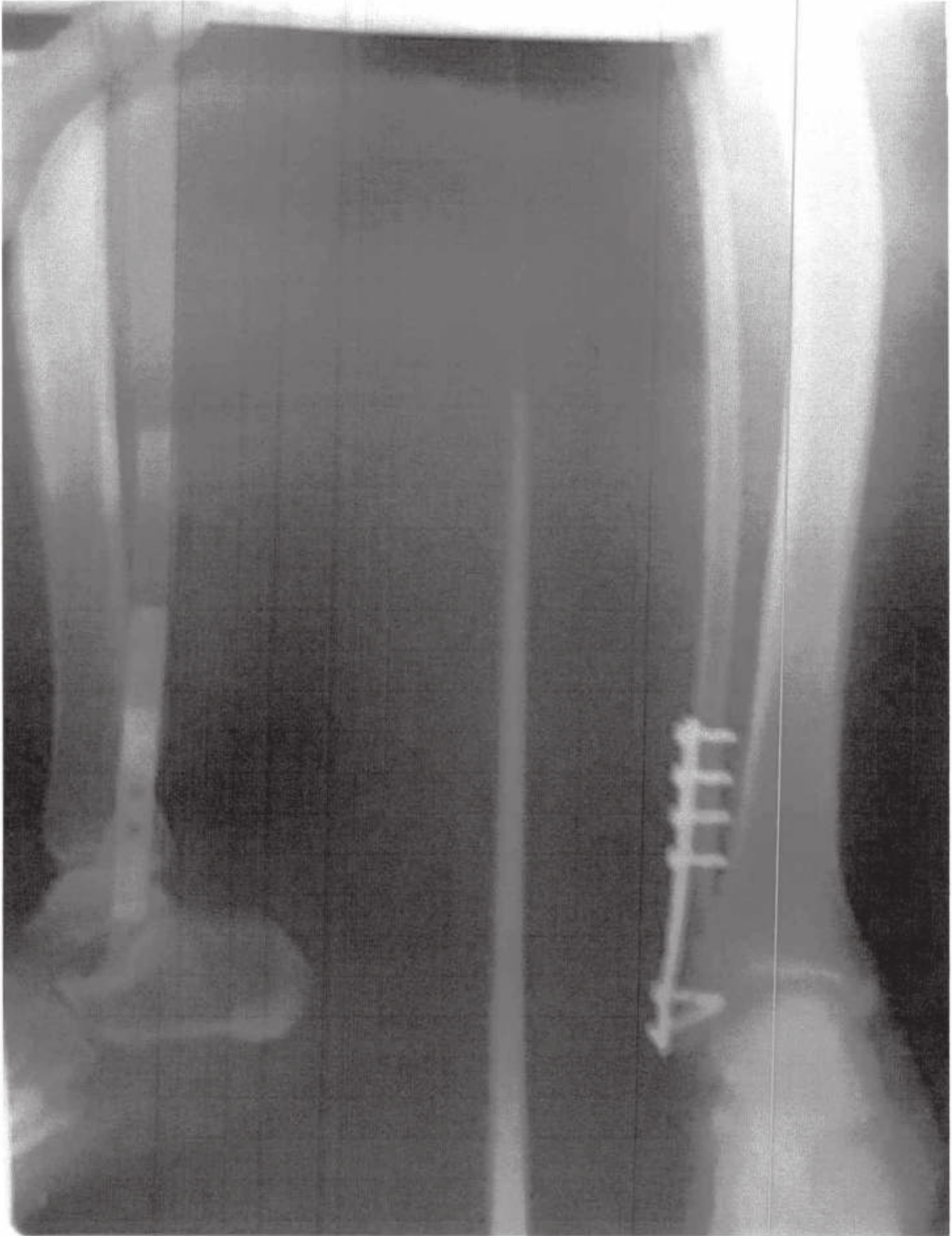


Scanned by CamScanner



TERMINADO 11:00





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>	
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>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()			
ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebeu 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.

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.

06/02/2019
DATA

Dr. Carlos Augusto S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 92931/150175816

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





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 da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 / TEOT 15815

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



2.º Voto Morte

Paciente vítima de
queda de ônibus, deu
entrada nos serviços
com fratura de fêmur de
membro O. Paciente
chegou a H. U. com
um hematoma
medido

CR=502

27 MAR 2019




20/8/19

Dr. Carlos T. A. Costa
Otorrinolaringologista
CRM 15411

Assinatura e Carimbo

Scanned by CamScanner



RECETUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Suelio Moreira Torres



Suelio Moreira

Paciente referido de
 Prátese de dentes, de
 trabalho no município
 com furo de fratura
 temporária O. Recusou
 o tratamento. Ato seguido
 em atendimento
 médico

015-502

20/01/19

Assinatura e Carimbo

27 MAR 2013
 P. 11111111
 11111111

Scanned by CamScanner



P/gerlane chaves gouveia

Laudos 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
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128-PB **TEOT 15316**

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

Scanned by CamScanner





Nome: <i>Gerlane chaves gouveia</i>				Registro:	
Idade: <i>33 a</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>06/02/2019</i>			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	
<i>Fratura do Maléolo Lateral esquerdo</i>				<i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/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 estéreis

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

Dr. Carlos Tiago das Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 92931/150115816

MÉDICO/CRM

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

Scanned by CamScanner



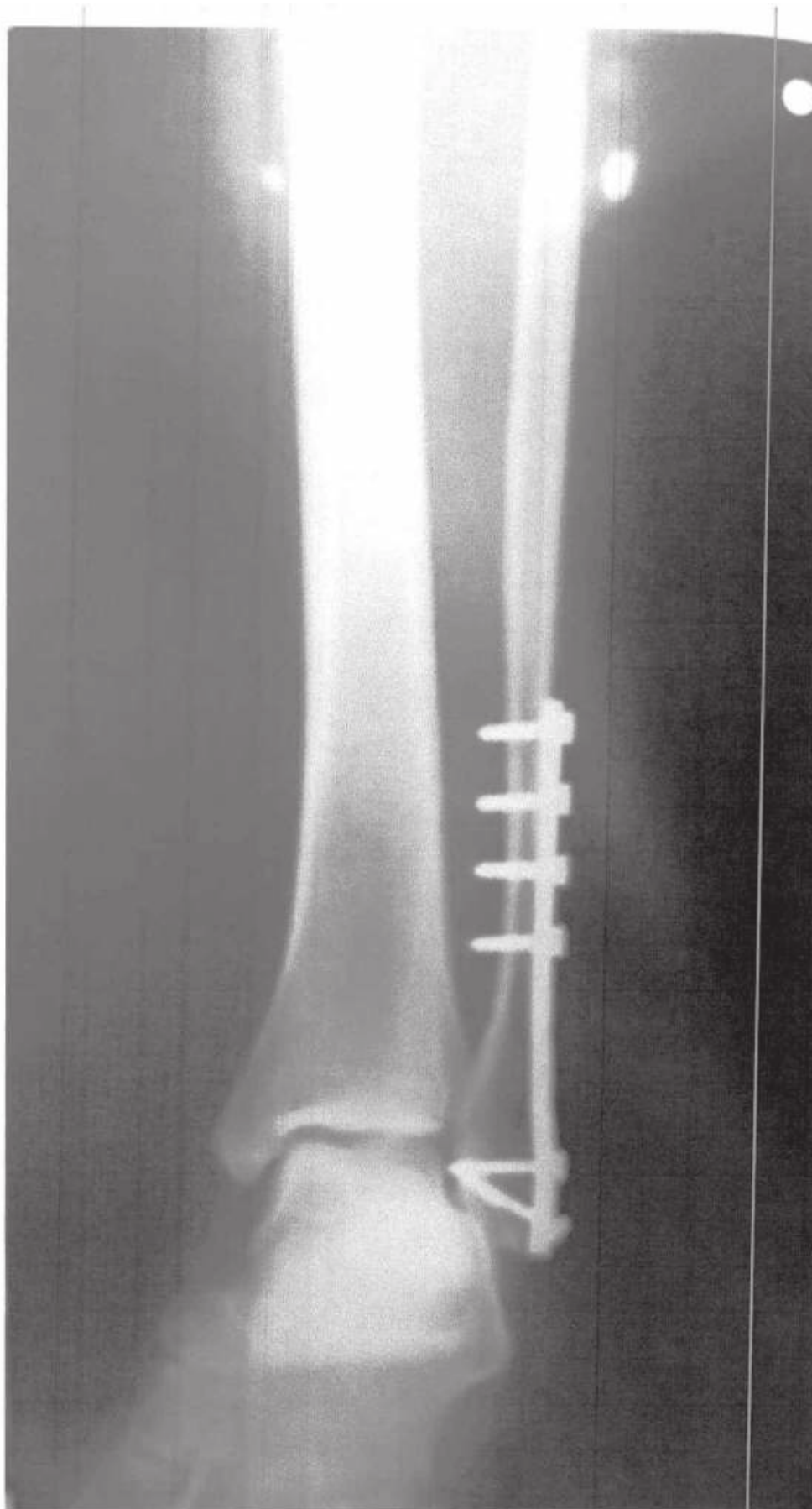


LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>gerlane chaves gouveia</i>		PRONTUÁRIO Nº			
IDADE <i>33 anos</i>	SEXO <i>Fem</i>	COR	CLÍNICA <i>Traumatologia</i>	ENF.	LEITO
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 Malleolo 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 malleolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de malleolo 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: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
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: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <i>21</i> dias para revisão.					
DATA <i>06/02/2019</i>					
ASS. MÉDICO / C.R.M. <i>Suelio Moreira Torres</i>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

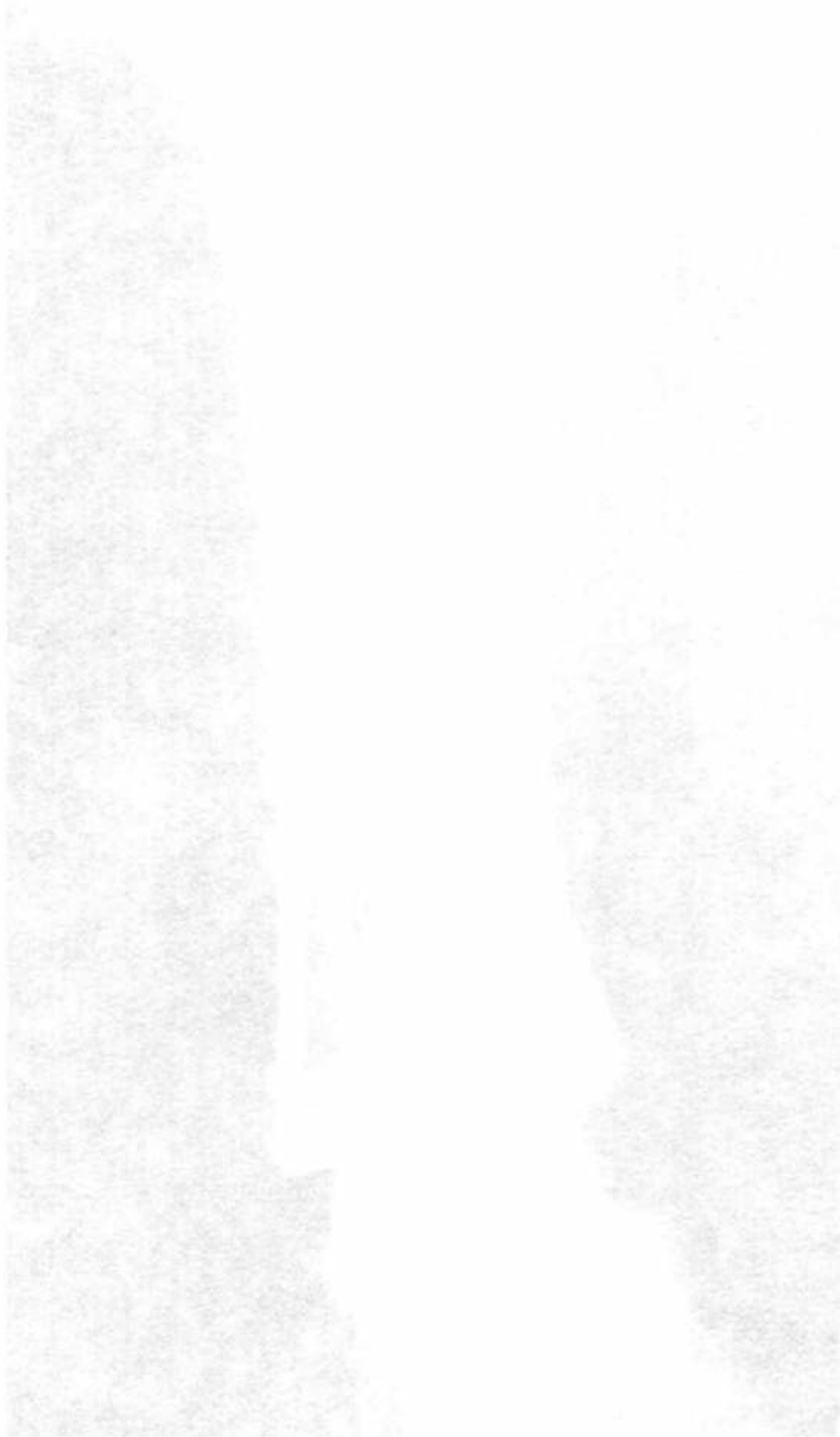
Scanned by CamScanner

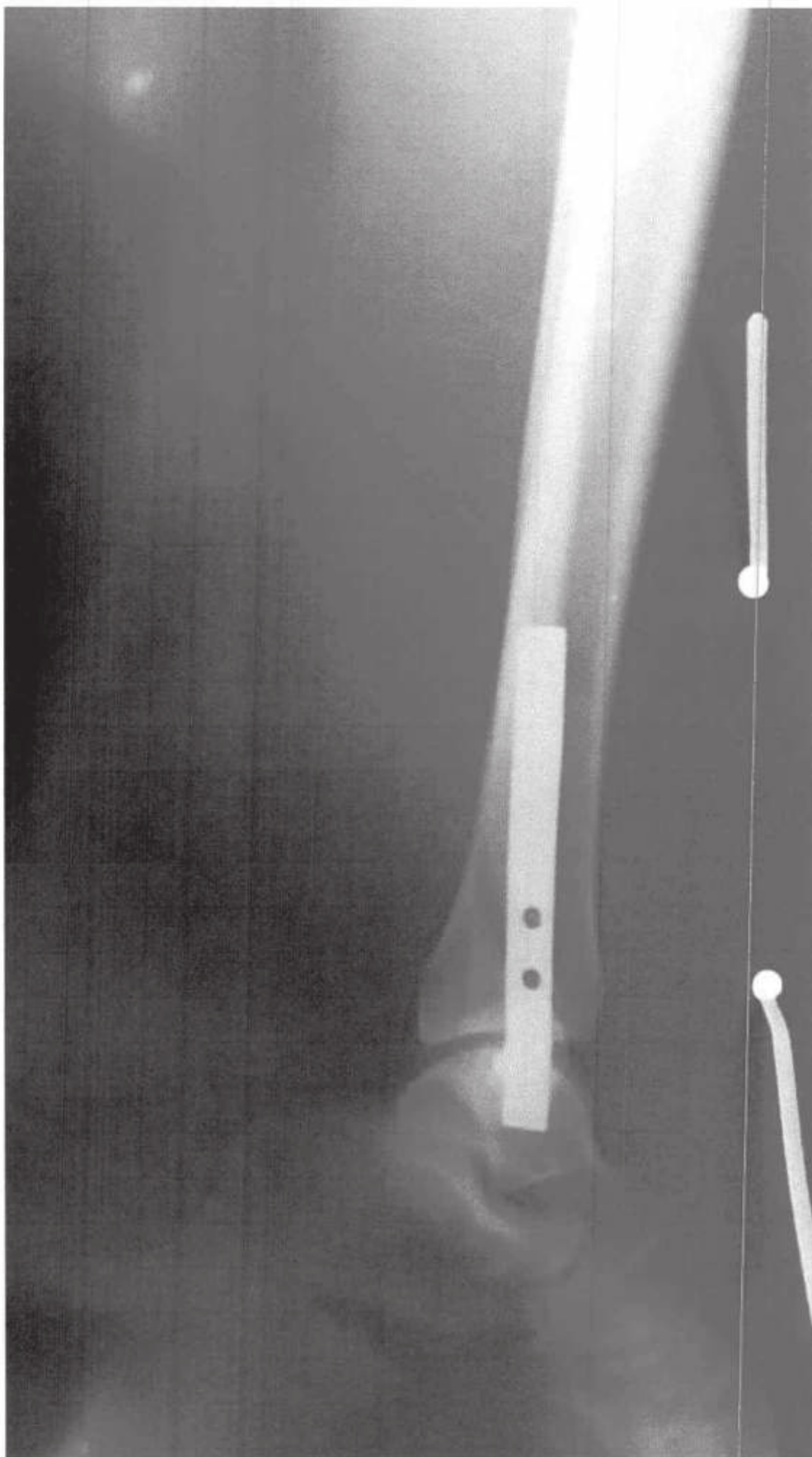




Scanned by CamScanner







Scanned by CamScanner

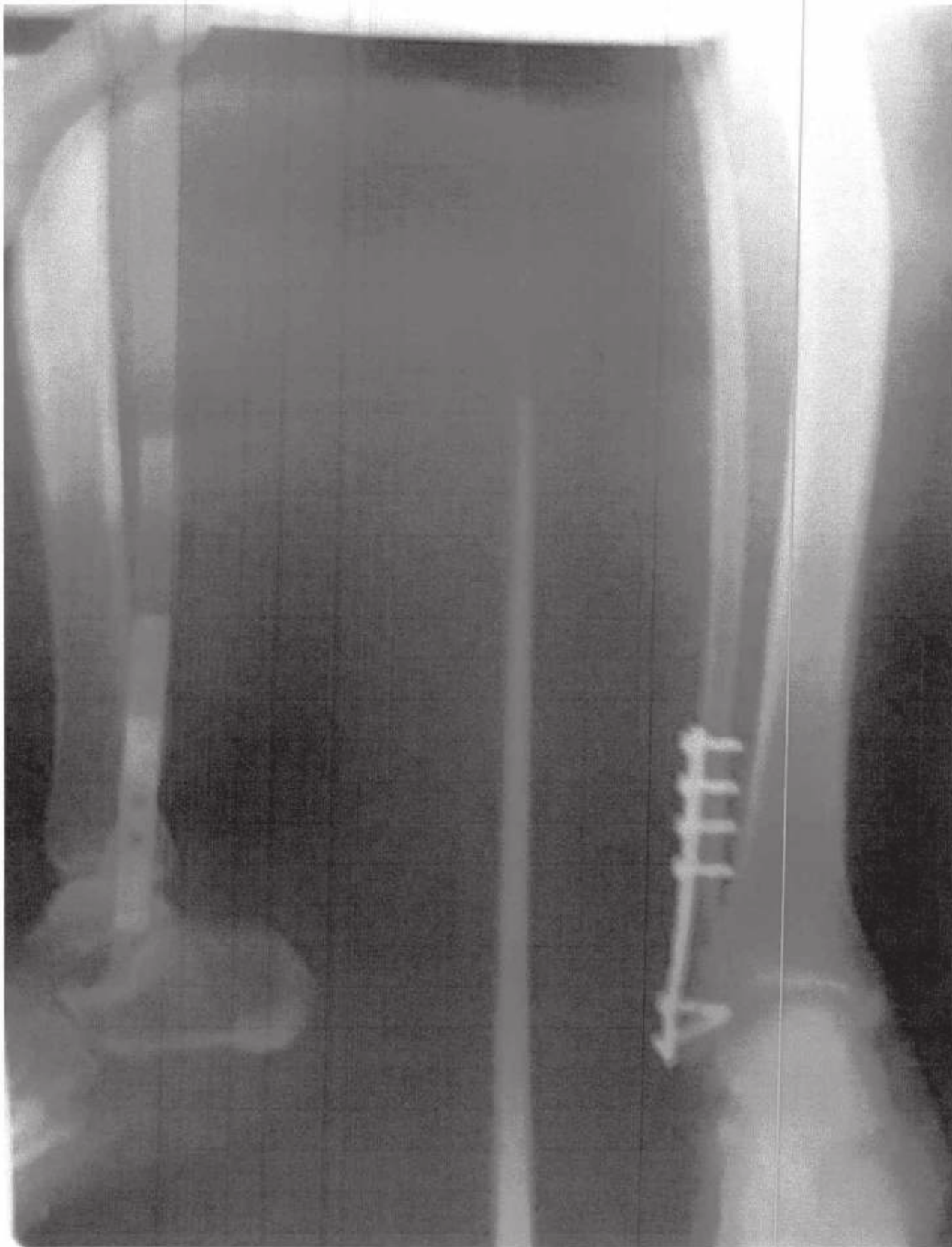


TRABALHO DE 11.000

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



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>	
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>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()			
ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebeu 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.

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.

06/02/2019
DATA

Dr. Carlos Augusto S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 92931/150175816

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





P/gerlane chaves gouveia

Lauda 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

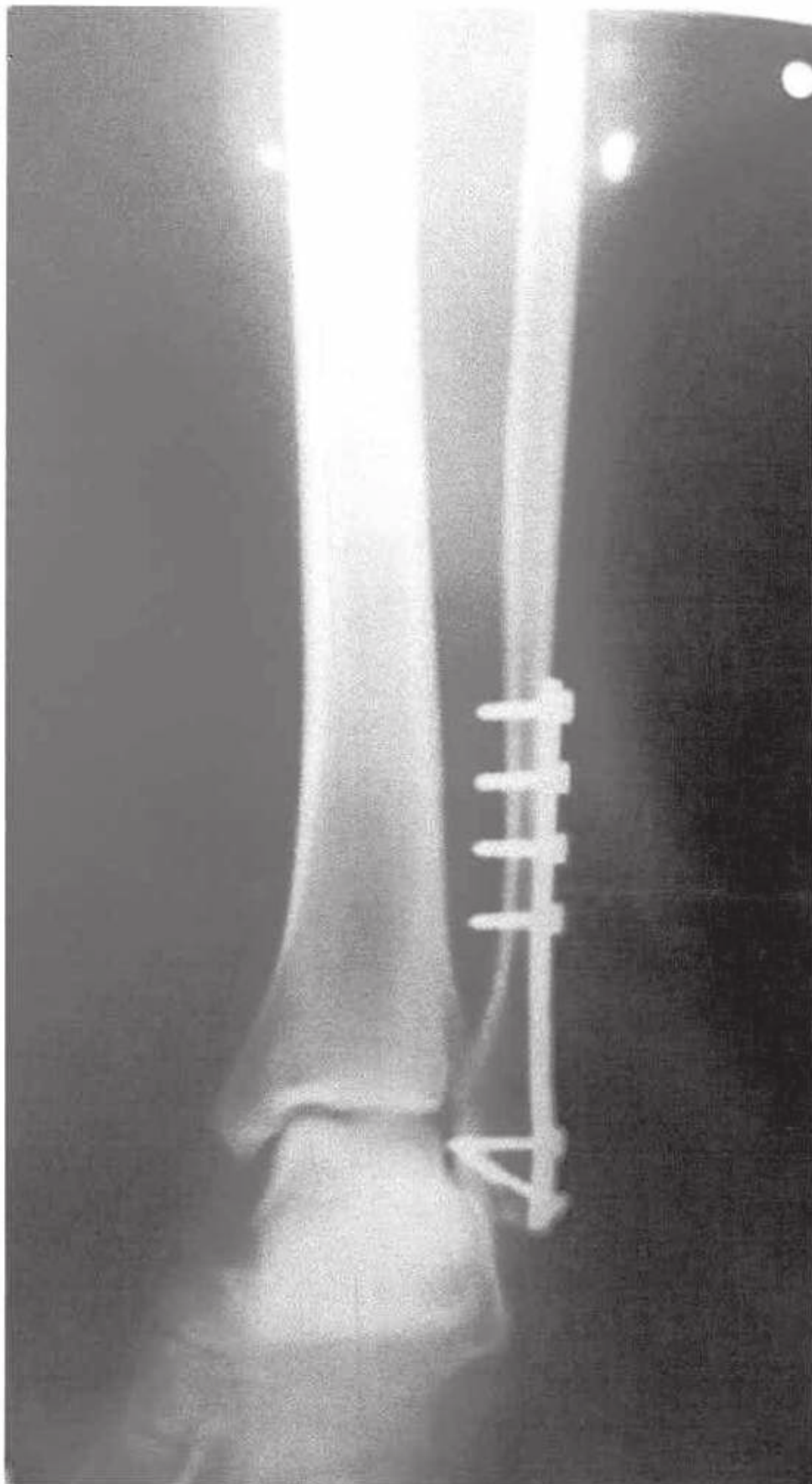
DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9128-PB

TEOT 9.603

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 / TEOT 15815

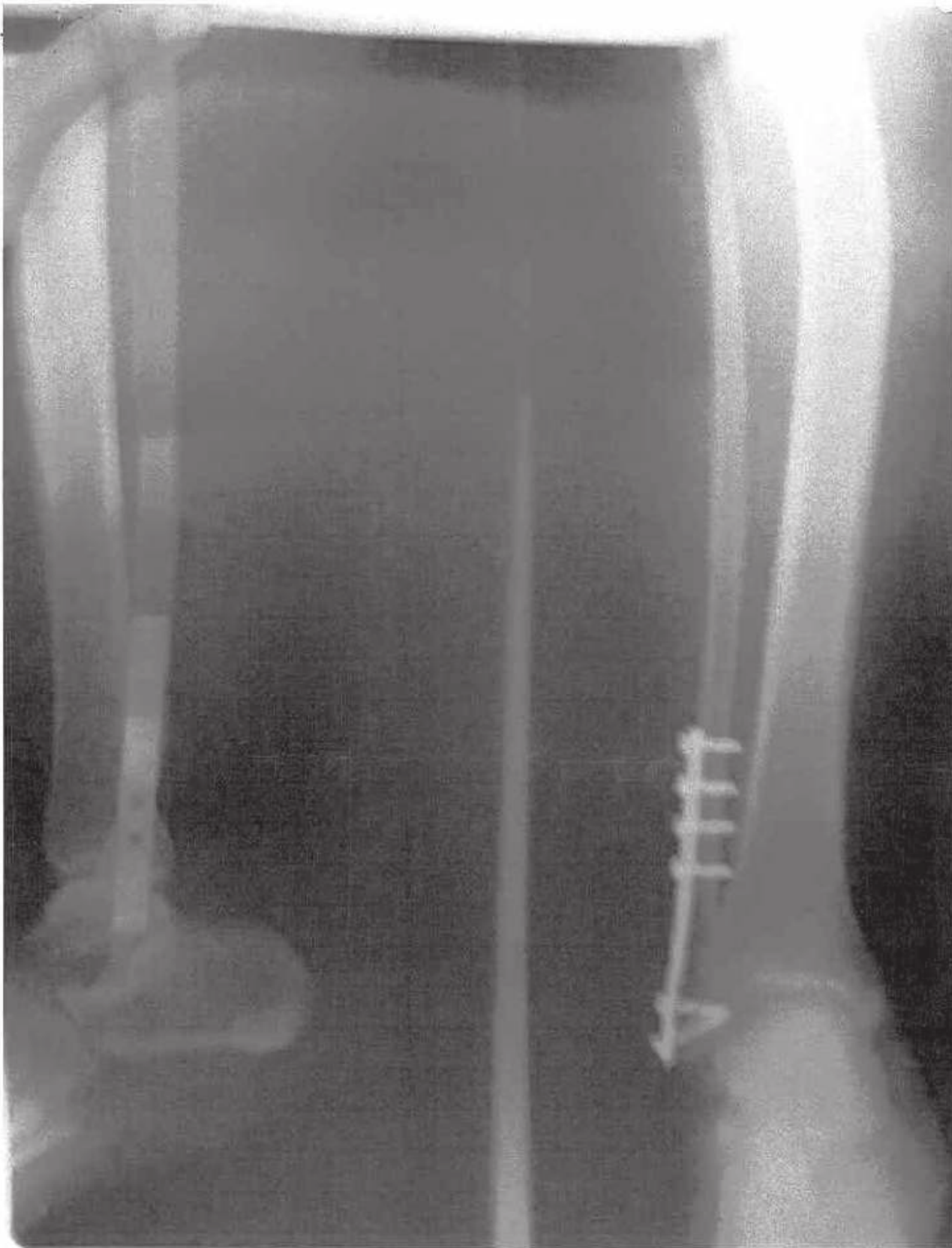
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





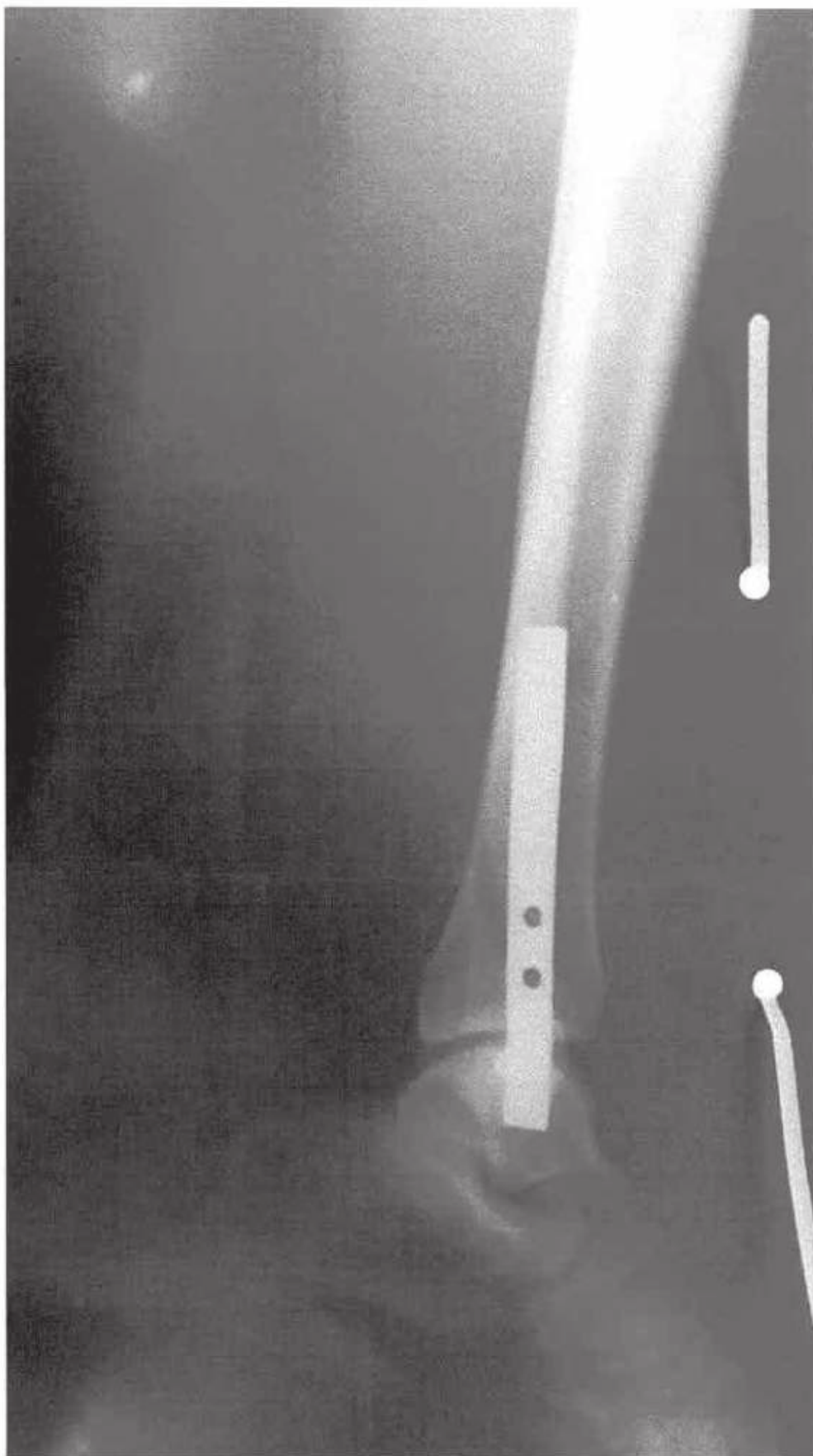
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





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.	LEITE
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>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <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: Relativo em casa por <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>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.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <i>21</i> dias para revisão.					
<i>06/02/2019</i> DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

CRM-PB 9293/150115816
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Carlos Tiago de S. Chaves

ASS. MÉDICO / C.R.M.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: ROLAND CHAVES MOREIRA

Largo Múcio

Paciente infante de ecclante de
trinta, da unidade mãe novo
com febre de fe de melho total.
Paciente atendida a to uterino.
Paciente em fisioterapia e
em tratamento médico ambulatorial.

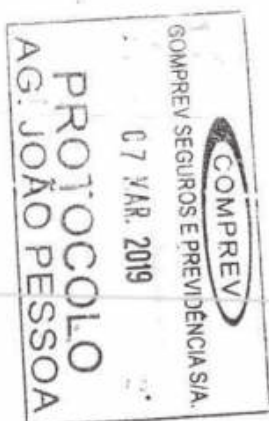
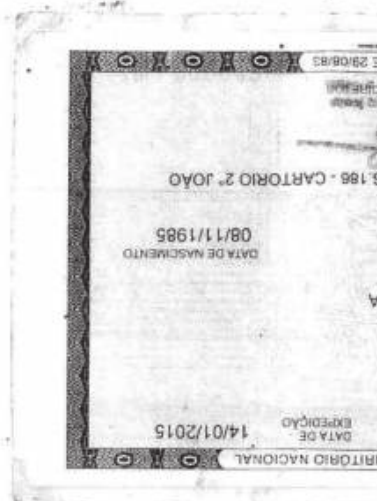
CR= 582/Mggs

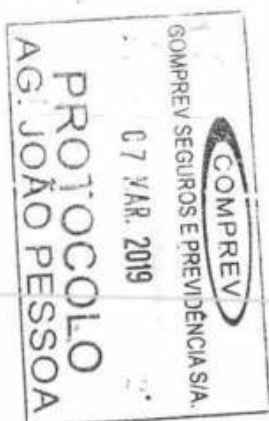
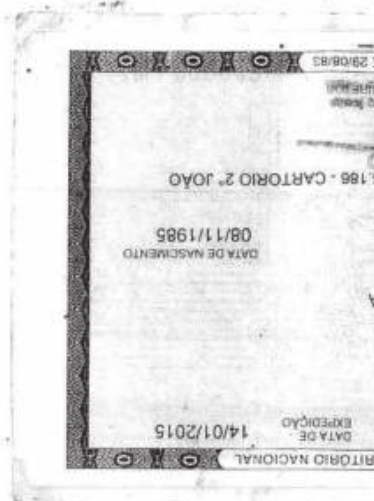
15/05/19

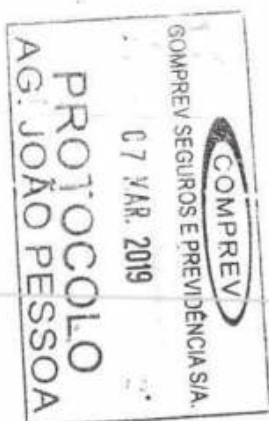
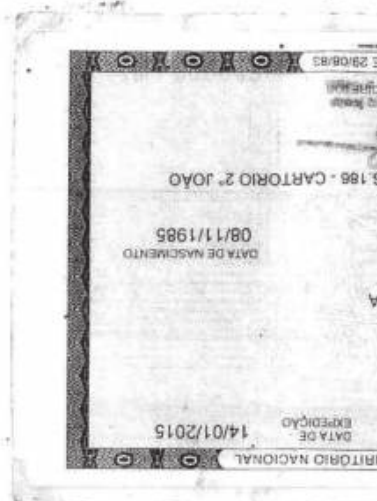
Dr. Carlos Augusto S. Chaves
Ouro Preto - Minas Gerais
CRM-PB 9293 / TEQ 773816

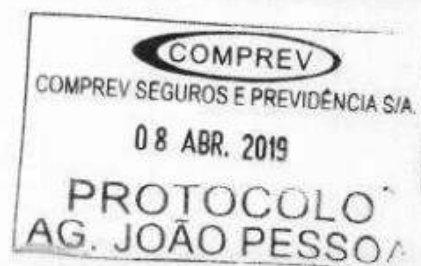
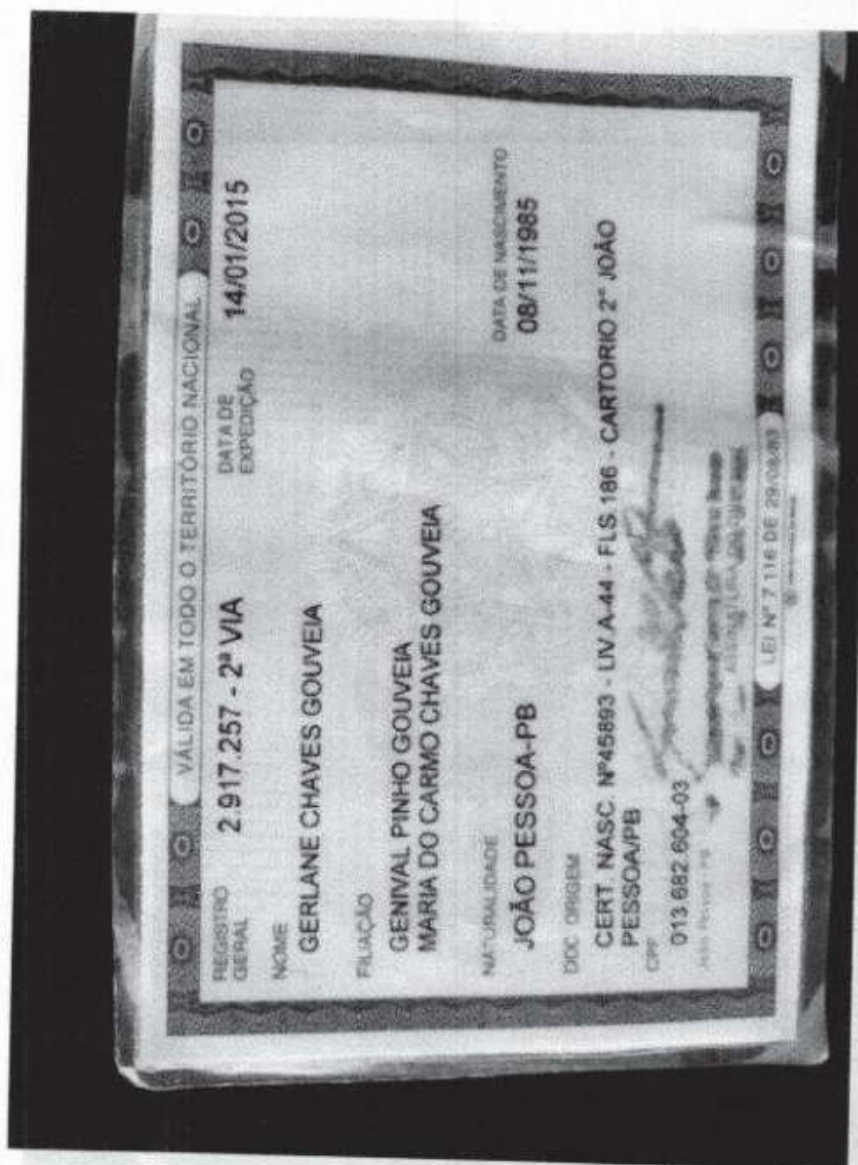
Assinatura e Carimbo











ACOLHO PESSOAS
PROTÓCOLO
08 488 5012
EXEMPLO DE IDENTIFICAÇÃO EM
COMPROVAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



Geolane Lethano Gama



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
21 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.917.257 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDICAO	14/01/2015
NOME	GERLANE CHAVES GOUVEIA		
FILIAÇÃO	GENIVAL PINHO GOUVEIA MARIA DO CARMO CHAVES GOUVEIA		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	08/11/1985
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº45893 - LIVA-44 - FLS 186 - CARTORIO 2º JOÃO PESSOA/PB		
CPF	013.682.604-03		

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gerlane Charles Gouveia
 DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682604-03
 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, 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 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 REPRESEN
 - ☐ 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 REPRESENTA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 11
 - INVALIDEZ PERMANENTE DAS LESÕES E
 - DESPESAS MÉDICAS VARIÁVEIS CONFORME
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

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





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edmar de Jesus Pereira
DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682.604-03
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, 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 REPRESEN
 - ☐ 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 REPRESENTA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 11
 - INVALIDEZ PER
 - DAS LESÕES E I
 - DESPESAS MÉD
 - VARIA CONFOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

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





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edmar dos Santos Pereira
DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 013-682.604-03
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, 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
- ☐ 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 REPRESEN
 - ☐ 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 REPRESENTA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 11
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 11
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 11
 - VARIA CONFORME
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

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





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE

03/02/2019

CPF DA VÍTIMA

013-682.604-03

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, 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 PELO
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU
- ☐ DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE
- ☐ 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

DOCUMENTOS COMPLEME

- ☐ 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 11
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 11
 - DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES = R\$ 11
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER PAGADO EM 10 (DEZ) DIAS
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GRATUITO SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

07/03/2019

IDENTIDADE

2917257

ASSINATURA

Gerlane Charles Gouveia



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

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

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT 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

GERLANE CHAVES GOUVEIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

