



Número: **0801301-30.2020.8.20.5105**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Macau**

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---------------------------------------|--------------------|--|--------------------------|
| GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES (AUTOR) | | LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA DPVAT (RÉU) | | Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO) | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 60975375 | 01/10/2020 11:46 | 2754964_CONTESTACAO_Anexo_03 | Documento de Comprovação |



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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200122768

Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

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 15651116





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, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200122768

Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004884**

Conta: **00000788-9**

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



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:46:11

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111461107000000058500294>

Número do documento: 20100111461107000000058500294

Num. 60975375 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

027.552.004-80

4 - Nome completo da vítima:

GILVÂNIA DE SOUZA SILVA ALVES

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

5 - Nome completo:

GILVÂNIA DE SOUZA SILVA ALVES

6 - CPF:

027.552.004-80

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

Rua Sete de Maio

9 - Número:

11

10 - Complemento:

Lobo

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Guomani

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59598-000

15 - E-mail:

NÃO PREENCHE

16 - Tel (DDD):

(84) 99824.0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA.☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (901)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4884

CONTA: 488

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gou de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deu ou compatriota(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deu ou compatriota(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deu ou nascituro(a) ou nascituro(a) ou nascituro(a):

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deu ou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró/RN

28/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:46:11

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010011146110700000058500294>

Número do documento: 2010011146110700000058500294





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: Delegacia Municipal de Guamaré

Endereço: RN 221, S/N, Conjunto Vila Maria, GUAMARÉ, FONE/FAX: 84 3 94667390

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019232000306

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 11/11/2019 10:06:33

1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/10/2019 19:30:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: AV. JOÃO PEDRO FILHO

2.9 CEP: 58.598-300

2.11 Ponto de Referência: POUSADA GUARESMA

2.15 Cidade: GUAMARÉ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 91302900404

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 11

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: GUAMARÉ

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: RAIMUNDO ALVES DA SILVA

3.6 Mãe: TERESINHA VIEIRA DE MELO DA SILVA

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.12 Data do Nascimento: 08/05/1973

3.14 RG: 001384551 - ITP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: GUAMARÉ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA 7 DE MAIO

3.24 CEP: 58598000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

4.1.3 Nome Social:

4.1.5 Mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.9 Sexo: FEMININO

4.1.11 CPF: 62755200480

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.15 Logradouro: RUA 07 DE MAIO

4.1.17 Número: 11

4.1.19 Bairro: CENTRO

4.1.21 Estado:

4.1.2 Estado civil:

4.1.4 Pai: LIDIO MIGUEL DA SILVA

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.8 Mãe:

4.1.10 Data do Nascimento: 04/02/1979

4.1.12 RG: 002298704

4.1.14 Profissão: DO LAR

4.1.16 Passaporte:

4.1.18 E-Mail:

4.1.20 CEP: 58598000

4.1.21 Cidade:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESSA DELEGACIA QUE NO DIA E HORA CITADO NESSE B.O ENCONTRAVA-SE COM SUA ESPOSA, indo em SALIDA DA CRIUZ EM SUA MOTO QUANDO ATRAVESSOU UM JUMENTO CORRENDO NO MEIO DA RUA E BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIR JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA. O COMUNICANTE TEVE ESCORAÇÕES FEITO CORPO. JA SUA ESPOSA QUEBROU O JOELHO EM TRÊS CANTOS, O MESMO VINHA EM SUA MOTO CG 125 FAN DE COR PRETA E PLACA NOA 4443, ANO 2011.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO B.O

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 11/11/2019 10:06:33

Policial

Interessado

Policial (assinado)

Atendimento: 1650416 - ALAN KARDEC LINHARES

Impresso por: 1650416 - ALAN KARDEC LINHARES em 11/11/2019 10:00:42

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
Cortêo

10-10-50

Resumo de

Boas Naturais

[illegible]

do Código Civil. **OBSERVAÇÕES** Casamento realizado neste Cartório, sob o regime de comunhão parcial de bens.

[illegible]

1990

Abstract

de 19 94





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027.552.004-80 4 - Nome completo da vítima: Galvânia de Souza Silva Alves

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

5 - Nome completo: Galvânia de Souza Silva Alves 6 - CPF: 027.552.004-80 7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Sete de Maio 9 - Número: 11 10 - Complemento: Lobo 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Guomari 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59598-000 15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): (84) 99824-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (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: 4884

CONTA: 488

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura do Representante Legal (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró/RN 28/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 02/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04884

CONTA: 000000000788-9

Nr. da Autenticação 07F330DFA38867E6



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MÉRMOZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 118

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0494

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

| | | | |
|--|--|--|---|
| DADOS DO CLIENTE! JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA | DATA DE VENCIMENTO 14/11/2019 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/11/2019 | CONTA CONTRATO 0648990014 |
| ENDEREÇO RUA SETE DE MAIO 11 SN - CENTRO/AREA URBANA -59598-000 GUAMARE RN - | TOTAL A PAGAR R\$ 67,24 | DATA DA APRESENTAÇÃO 07/11/2019 | CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1 |
| | | NÚMERO DA NOTA FISCAL 032698943 | |

| | |
|---|----------------------|
| PERÍODO CONSUMO 08/10/2019 a 07/11/2019 | CONSUMO 85 |
|---|----------------------|

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,60

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| CONTA CONTRATO 0648990014 | MÊS/ANO 11/2019 | TOTAL A PAGAR R\$ 67,24 | VENCIMENTO 14/11/2019 | TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|

838800000003 672400384006 648990014200 014718479335



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOSZ 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 118

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0494

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

| | | | |
|--|--|--|---|
| DADOS DO CLIENTE! JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA | DATA DE VENCIMENTO 14/11/2019 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/11/2019 | CONTA CONTRATO 0648990014 |
| ENDEREÇO RUA SETE DE MAIO 11 SN - CENTRO/AREA URBANA -59598-000 GUAMARE RN - | TOTAL A PAGAR R\$ 67,24 | DATA DA APRESENTAÇÃO 07/11/2019 | CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1 |
| NÚMERO DA NOTA FISCAL 032698943 | | | |

| | |
|---|----------------------|
| PERÍODO CONSUMO 08/10/2019 a 07/11/2019 | CONSUMO 85 |
|---|----------------------|

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,60

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | VIA PARA PAGAMENTO |
|------------------------------|---------------------------|

| | | | | | |
|----------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| Destaque aqui | CONTA CONTRATO 0648990014 | MÊS/ANO 11/2019 | TOTAL A PAGAR R\$ 67,24 | VENCIMENTO 14/11/2019 | TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. |
|----------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|

838800000003 672400384006 648990014200 014718479335



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 020.1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para denúncias anônimas de fraude): 0800 022 17 06 | Central Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=70536>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Por exposição, eu José Vieira Alves da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 933029004, 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Gilvania de Souza S. Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 027552004 80
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Gilvania de Souza S. Alves
inscrito (a) no CPF sob o Nº 027552004, 80, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Peçador Renda: Peçador e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

| | | |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Sete de Maio</u> | Número: <u>33</u> | Complemento: <u>Casa</u> |
| Bairro: <u>Centro</u> | Cidade: <u>Guamaré</u> | Estado: <u>RN</u> |
| E-mail: <u>Não Possui</u> | CEP: <u>59598-000</u> | Tel (DDD): <u>(84) 99827-0066</u> |

Local e Data:

Monaco-RN 28/01/19

José Vieira Alves da Silva

Assinatura do Declarante:

GLORL001V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO - JUVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 54433 /2019

Admissão: 19/10/2019 23:37:35

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 148312 - GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES (40 a 8 m 15 d)

Nascimento: 04/02/1979

Natural: MACAU, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 703404283337310

CPF: 02755200480

Prof:

Mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

Pai:

Logradouro: SETE DE MAIO, 11

CEP: 59598000

Bairro: CENTRO

Cidade: GUAMARE

Telefone: 84 98443608

Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 19/10/2019 23:32:53

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RT |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: colisão moto animal com vítima fratura em joelho

Hora:

*Arredio de moto
Perda de consciência*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A *Visão normal, sem alterações*
- B *Força leve*
- C *Pulso cheio 88*
- D *Glóbulos 18*
- E *Abdo. mole; dor em MID*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*TOMOGRAFIA HM RIG
20.10.10 00:05
TEL
AUXILIO
CHAMADO*

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

19 de Outubro de 2019.



| EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO) | | | |
|---|--------------------|-------------------------------------|------|
| A | | | |
| B | | | |
| C | | | |
| D | | | |
| E | | | |
| A(ALÉRGICAS) <i>Neg</i> | | | |
| M(MEDICAÇÃO EM USO) | | | |
| P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <i>HTA 1ª M</i> | | | |
| L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) | | | |
| A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) | | | |
| V (PASSADO VACINAL) | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM) | | LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS | |
| <i>Rx de joelho/perna/pequeno D</i> | | | |
| CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS | | OUTROS | |
| <i>Medicamentos</i> | | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | |
| <i>4/4/19</i> | | | |
| <i>Alta de emergência</i> | | | |
| <i>Medicamentos</i> | | | |
| <i>07/04/19</i> | | | |
| | | | |
| | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL | | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL | |
| ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE | | | |
| ESPECIALISTA 1 <i>NCK</i> | HORA: | DATA: | |
| ESPECIALISTA 2 <i>Ortopedista</i> | HORA: | DATA: | |
| ESPECIALISTA 3 <i>Cirurgia Vascular</i> | HORA: <i>01:00</i> | DATA: <i>20/10/19</i> | |
| DESTINO DO PACIENTE: | | | |
| INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: | DATA | / | HORA |
| SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA: | | | |
| ÓBITO: DATA / / HORA | | | |



[illegible]

ATAÇÃO TEÓRICA

[illegible]

| ESCALA DE TRIAGEM DO TRABALHADOR-PTB | | |
|--------------------------------------|--------|-----------|
| DISCRIMINADOR | ESCALA | PONTUAÇÃO |
| ESCALA DE COMA DE OLSON | 1-10 | 2,4 |
| | 1-10 | 2,3 |
| | 1-10 | 2,2 |
| | 1-10 | 2,1 |
| FREQUENCIA RESPIRATORIA | 1-10 | 2,4 |
| | 1-10 | 2,3 |
| | 1-10 | 2,2 |
| | 1-10 | 2,1 |
| PRESSÃO ARTERIAL BRITAL | 1-10 | 2,4 |
| | 1-10 | 2,3 |
| | 1-10 | 2,2 |
| | 1-10 | 2,1 |

CLASSIFICAÇÃO DO TCE:
"OUTROS 20911"

823 - 900-gramm (1700-1800) die
 824 - 1000-gramm (1700-1800) die
 825 - 1000-gramm (1700-1800) die
 826 - 1000-gramm (1700-1800) die

* Rejection TESTABLE G. ROBERT B.
Assessment of mood and impaired
consciousness. A physical exam. Lancet
1974;2:81-84.

* A escola propõe ações em conjunto com os pais e a comunidade para melhorar a qualidade da educação. O Conselho Comunitário de Educação é responsável por acompanhar o trabalho da escola e por promover a participação da comunidade na gestão da escola.

| SEN- DOR | LEVE | Moderação | Intenso |
|-------------|------|-----------|---------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CLÍNICA MÉDICA

PACIENTE GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
DATA DE ENTRADA 19/10/2019 **HORA** 19:31 **Nº BAA** 302678
IDADE 40 **SEXO** F **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 703404283337310 **ESTADO** Casado(a)
CIVIL
CPF 027.552.004-80 **RG** 002018704 - SSP
NOME DA MÃE JUDITE MARIA DE SOUZA
NOME DO PAI LIDIO MIGUEL DA SILVA
NASCIMENTO 04/02/1979 **NATURALIDADE** Itacau-RN
TELEFONE (84) 9689-1312 **PROFISSÃO** ASG
RUA/AV. RUA SETE DE MAIO Nº 11 **BAIRRO** CENTRO
COMPLEMENTO CASA **CIDADE** Guamaré-RN
CEP 59598-000
ORIGEM Ambulância - Interior **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Animal
ID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Glídenia

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto-animal há 30 min. Não
perda de consciência. Dor e dificuldade de mobili-
zar joelho direito. Sem sinais de gravidade.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

NDN

escoriações e dificuldade de mob. joelho D

TRAS OBSERVAÇÕES

| RA | PRESSÃO ARTERIAL | DOR | TEMP. | FREQ. RESPIRATÓRIA | FREQ. CARDÍACA | GLASGOW | RTS-SCORE FINAL |
|----|------------------|-----|-------|--------------------|----------------|---------|-----------------|
| | 180/120 | | | | 84 | SP02 | 98% |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

GNÓSTICO INICIAL

Trauma + possível fratura

CID

HGt 320 mg/dL





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **148312 GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES**

Prontuário:

CNS: 70340428337310

Nascimento: 04/02/1979

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

Pai:

Endereço: RUA SETE DE MAIO, 11 - CENTRO - GUAMARE

Fone: 96443608 /

Município: GUAMARE

Código Municipal IBGE:

240450 UF: RN

CEP: 59598-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29450 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO DE TRATAMENTO CIRURGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANOAL

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA:3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

CRM: 6892 / RN

Data da Solicitação 20/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajetado

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador:

Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: / /

Assinatura/Carimbo:



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:46:11

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111461107000000058500294>

Número do documento: 20100111461107000000058500294

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10000 /2019

Prontuário: 1190095

Paciente: 148312 - GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Cartão SUS: 703404283337310

CPF: 02755200480

Dt Nasc: 04/02/1979

Idade: 40 anos 8 meses 16 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

Nome do pai:

Rua/Av: SETE DE MAIO

Nº: 11

Bairro: CENTRO

Complemento:

CEP: 59598000

Cidade: GUAMARE

Telefone: 84 96443608 84 96443608

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1021

Responsável: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 20/10/2019 02:51:15

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

108050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Fratura distal da tíbia fechada
No curso controle das
feridas transferido para o ambulatório

Clínico José Polcy Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 3047

NATAL, 20 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:46:11

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100111461107000000058500294>

Número do documento: 20100111461107000000058500294

Num. 60975375 - Pág. 18

Num. 60975375 - Pág. 19

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10000 /2019

Prontuário: 1190095

Paciente: 148312 - GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Cartão SUS: 703404283337310

CPF: 02755200480

Dt Nasc: 04/02/1979

Idade: 40 anos 8 meses 16 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: JUDITE MARIA DE SOUZA

Nome do pai:

Rua/Av: SETE DE MAIO

Complemento:

Nº: 11

Bairro: CENTRO

CEP: 59598000

Cidade: GUAMARE

Telefone: 84 96443608 84 96443608

Especialidade: ORTOPEDIA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1021

Responsável: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES -

Assinatura: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 20/10/2019 02:51:15

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

08050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Fratura proximal tibia fechada
No curso controle bom,
retorno transferência para o cirurgião

Cláudio José Poley Gurgel
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 3947

NATAL, 20 de Outubro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

- NÃO PISAR ATÉ 2ª ORDEM;
- TROCAR CURATIVO DIARIAMENTE COM MATERIAL ESTÉRIL
- RETIRAR OS PONTOS COM 20 DIAS
- DOBRAR O JOELHO DIREITO
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS
- MARCAR RETORNO NO HOSPITAL MEMORIAL (LIGAR PARA MARCAR - 31334200)

Dr. Fábio Rodrigues A. de Lima
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM: 70355 RCT: 14816





GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

LAUDO MÉDICO

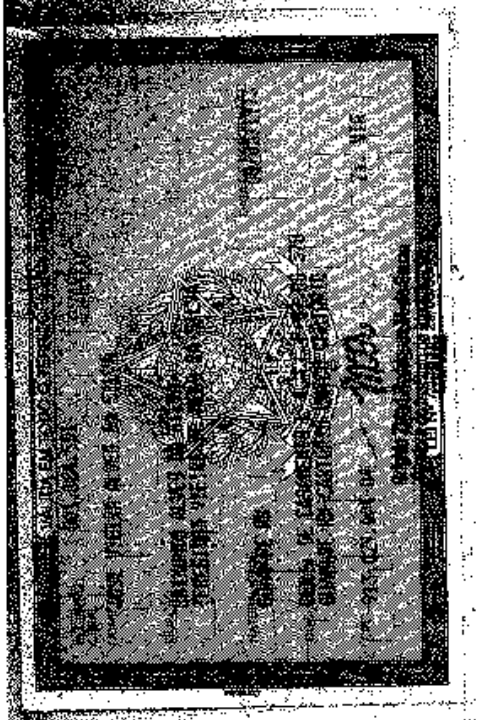
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL EM JOELHO DIREITO NESTA UNIDADE HOSPITALAR. INDICADO AFASTAMENTO POR 120 (CENTO E VINTE) DIAS A PARTIR DESTA DATA PARA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA.

CID: S82

Natal, 09 de Novembro de 2019

Dr. Edson Roberto de Lira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10.878.77-4/816





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ Nº 0148520003234
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ANO RENAVAM: 11/2019 R.N.T.O.: 2019

NOME: SILVANIA DE MOURA SILVA LOPES

CPF/CNPJ: 072.554.504-00 PLACA: NO44A45

DIAGNÓSTICO: 002-0045/00 CHASSI: 002-0045/00

ESPECIE / TIPO: CARRO COMBUSTIVEL: GASOLINA

LABORATORIO / INSTITUIÇÃO: MARCA / MODELO: HONDA / CC 125 FAN RF

ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CAP / POR / CIL: 125 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COMERCIO DOMINANTE: PISTA

COTA UNICA: R\$ 4.000 VENC. COTA UNICA: 29/08/2019

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO COTAS: 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): 100,00 PREMIO COTA (R\$): 100,00 DATA DE PAGAMENTO: 29/08/2019

VALOR DE PAGAMENTO: 100,00 VALOR DE PAGAMENTO: 100,00

VALOR DE PAGAMENTO: 100,00 VALOR DE PAGAMENTO: 100,00

VALOR DE PAGAMENTO: 100,00 VALOR DE PAGAMENTO: 100,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200122768 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gilvanis de Souza Silva Alves, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: _____, Data do Acidente 10/10/20
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002.018.404, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 024.552.004-80 residente no(a)
Rua Sete de Maio nº 11
bairro: centro, município: Guamaré / RN.

OUTORGADO:

Nome: Joelma Vieira Alves da Silva, brasileiro(a)
estado civil: casado, Profissão: freelancer, portador(a) do RG
001.384.551, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 913.002.004-04 residente
no(a) Rua Sete de Maio nº 11
bairro: centro, município: Guamaré / RN.

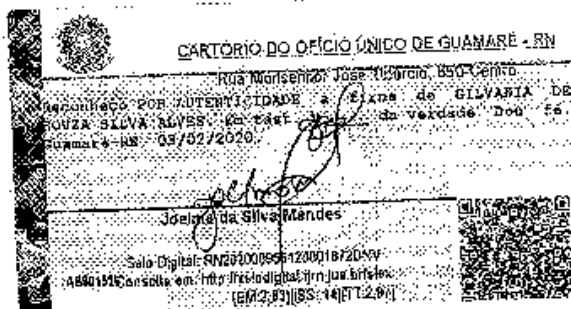
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Guamaré / RN, 03/10/2020
Local e Data

Gilvanis de Souza Silva Alves
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gilvanis de Souza Silva Alves, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: _____, Data do Acidente 10/10/20
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002.018.404, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 024.552.004-80 residente no(a)
Rua Sete de Maio nº 11
bairro: centro, município: Guamaré / RN.

OUTORGADO:

Nome: Joelma Vieira Alves da Silva, brasileiro(a)
estado civil: casado, Profissão: freelancer, portador(a) do RG
001.384.551, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 913.002.004-04 residente
no(a) Rua Sete de Maio nº 11
bairro: centro, município: Guamaré / RN.

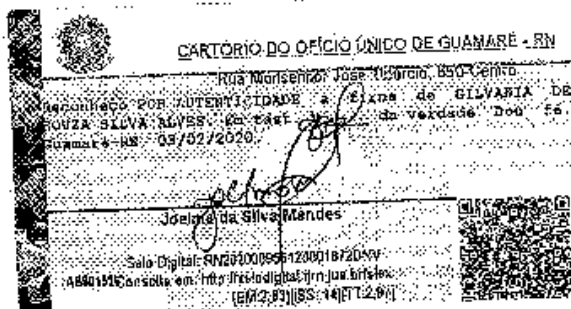
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Guamaré / RN, 03/10/2020
Local e Data

Gilvanis de Souza Silva Alves
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0097176/20

Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

CPF: 027.552.004-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA : 913.029.004-04

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

GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES : 027.552.004-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/03/2020
Nome: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA
CPF: 913.029.004-04

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047540/20

Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

CPF: 027.552.004-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA : 913.029.004-04

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

GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES : 027.552.004-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020
Nome: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA
CPF: 913.029.004-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

