



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
60975 375	01/10/2020 11:46	<u>2754964_CONTESTACAO_Anexo_03</u>
		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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15651116



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:46:11
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010011146110700000058500294>
Número do documento: 2010011146110700000058500294

Núm. 60975375 - 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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº doório ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 023.552.004-80 Gilvânia de Souza Silva Alves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 023.552.004-80
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 Aeronave Rua Sete de Maio
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: RN 59598-000
 Centro Guamaré 16 - Tel.(DDI): (84) 99804-0066
 15 - E-mail: 17 - Nome completo do Representante Legal:

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:

RECUZO 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. Asfala uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4884 CONTA: 488
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do 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 reclusão ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar filhos vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velhacor)? Sim Não 31 - Vítima teve imóveis? Sim Não 32 - Se tinha imóveis, informar imóveis vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este é clara 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 omisão 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 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):

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

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

38 - 1^a | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 28/11/19 Gilvânia de Souza Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

PPS.001 V002/2019

Não Apenas Testemunhas

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=2010011146110700000058500294

Número do documento: 2010011146110700000058500294

Num. 60975375 - Pág. 3



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: Delegacia Municipal de Guamaré
Endereço: RN 221, S/N, Conjunto Vila Maria, GUAMARÉ, PONE/FAX: 84 3 94667390

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019232000306
1.2 Data de Expedição: 11/11/2019 10:06:33
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CiOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/10/2019 19:30:00
2.2 Automa: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Reagravante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logrado: AV. JOÃO PEDRO FILHO
2.8 Número: S/N
2.9 CEP: 58.698-000
2.10 Complemento:
2.11 Ponte de Referência: Pousada GUARESMA
2.12 Sairia: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.13 Cidade: GUAMARÉ
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 País: RAIMUNDO ALVES DA SILVA
3.5 Etnia: Sem Informação
3.6 Mês: TERESINA VIEIRA DE MELO DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual: Ignorado
3.9 CPF: 91302900101
3.10 Identidade de Gênero: Ignorado
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 08/05/1973
3.13 Profissão: PREDREIRO
3.14 RG: 001394951 - ITAP/RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 11
3.18 Naturalidade: GUAMARÉ RN
3.19 Bairro: CENTRO
3.20 Cidade: GUAMARÉ
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA 7 DE MAIO
3.23 CEP: 58590000
3.24 Cidade:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
4.1.2 Estado civil:
4.1.3 Nome Social:
4.1.4 País: LIDIO MIGUEL DA SILVA
4.1.5 Mês: JUDITE MARIA DE SOUZA
4.1.6 Identidade de Gênero:
4.1.7 Orientação Sexual:
4.1.8 Sexo: FEMININO
4.1.9 CPF: 02755200460
4.1.10 Data de Nascimento: 04/02/1979
4.1.11 Nacionalidade:
4.1.12 RG: 002948704
4.1.13 Profissão: DO LAR
4.1.14 Logradouro: RUA 07 DE MAIO
4.1.15 Bairro:
4.1.16 Passaporte:
4.1.17 Número: 11
4.1.18 E-Mail:
4.1.19 Cidade: CENTRO
4.1.20 CEP: 58598000
4.1.21 Estado:

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

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

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

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESSA DELEGACIA QUE NO DIA E HORA CITADO NESSE BOLETIM ENCONTRAVA-SE COM SUA ESPOSA, INDO EM SALINA DA CRUZ, EM SUA MOTO QUANDO ATRAVESSOU UM JUMENTO CORRENDO NO MÍDIA BARISTA E BATEU EM SUA MOTO, VINDO O MESMO A CAIR JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA. O COMUNICANTE TEVE ESCORRIMENTO PELO CORPO, JA SUA ESPOSA QUEBROU O JOELHO EM TRES CANTOS, O MESMO VINDO EM SUA MOTO CG 125 FAN DE COR PRETA E PLACA NOA 4445, ANO 2011.

9.2 Informações do CiOSP

9.3 Outras Providências

FEITO 8.0

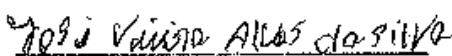
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

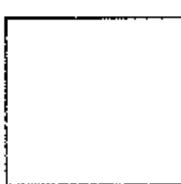
11. DECLARAÇÃO

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



Polegar para cima

Atendimento: 1650416 - ALAN KARDEC LINHARES

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

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Registro Civil das Pessoas Naturais

Brasil - Rio Grande do Norte

Dietrita de: X-X-X-X-X-X-X-X-X-X

CASAMENTO N.º 578

CERTIFICO que as fls. 89 do livro n.º B-04 de registro de casamentos
constatado hoje o assento do matrimônio de JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA e
de MARIA DE SOUZA SILVA. x-

Elo. nascido em Guamaré-RN

filho de Raimundo Alves da Silva

domiciliado e residente. e de dona Teresinha Vieira de Melo da Silva .

domiciliada e residente em Macau-RN.

nos 24 de fevereiro de 1.979, profissão do latente em Gurjarié-RN.

doméstica e residente em São Paulo, filha de Lídio Miguel da Silva

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180, ns. I a V.

CONSIDERAÇÕES Casamento realizado neste Cartório, sob o regime de

de 1993

Digitized by srujanika@gmail.com

do eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 01/10/2020 11:46:11 Num. 6

objeto: 2010011146110700000058500294
do documento: 2010011146110700000058500294



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
027552.004-80 Gilvania de Souza Silva Alves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: Gilvania de Souza Silva Alves 6 - CPF: 027.552.004-80
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Sete de Maio 9 - Número: 11 10 - Complemento: 1050
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Guanambi 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59598-000
15 - E-mail: Noer.Pottau (84)99824.0066

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

DADOS CADASTRAIS

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 DA BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 4884 CONTA: 488 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT

a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende à 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 IMI, 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 discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABIETIZADO

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (m. Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar filhos vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu à luz recente? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar irmãos vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou 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 omisão 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 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Novembro/2020

Gilvania de Souza Silva

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



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. 8

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1343490185

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

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



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

Ligações Grátiias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-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 Grátiia de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grátiia 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

ENDERECO
RUA SETE DE MAIO 11 SN -
CENTRO/ÁREA URBANA -59598-000
GUAMARÉ RN -

TOTAL A PAGAR
R\$ 67,24

DATA DA APRESENTAÇÃO
07/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
032698943

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

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	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
0648990014	11/2019	R\$ 67,24	14/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

B38800000003 672400384006 648990014200 014718479335



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=2010011146110700000058500294>

Número do documento: 2010011146110700000058500294

Num. 60975375 - Pág. 9

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1343490185

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

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



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

Ligações Grátiias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-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 Grátiia de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grátiia 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

ENDERECO
RUA SETE DE MAIO 11 SN -
CENTRO/ÁREA URBANA -59598-000
GUAMARÉ RN -

TOTAL A PAGAR
R\$ 67,24

DATA DA APRESENTAÇÃO
07/11/2019

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

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	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
0648990014	11/2019	R\$ 67,24	14/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este cahoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

B38800000003 672400384006 648990014200 014718479335



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=2010011146110700000058500294>

Número do documento: 2010011146110700000058500294

Num. 60975375 - Pág. 10



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do número: 0800 021 91 35
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prestações, de segunda a sexta-feira, das 08 às 20h)

Capítulo 2, artigo 1º, inciso II, parágrafo único: 0020-1356 / Outros serviços: 0800 022 24 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=79536>

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.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRÉVIDENCIÁRIA PRIVADA ALBERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO; CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM PELA FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelas exposições, eu, José Vieira Alves da Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 933 029 004-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilvania de Souza S. Alves, inscrito (a) no CPF sob o nº 027.552.004-86, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, de vítima Gilvania de Souza S. Alves, inscrito (a) no CPF sob o nº 027.552.004-80, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Professor... Renda: R\$ 2.000,00 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 da 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:	Rua Sete de Maio	Número:	33	Complemento:	Casa
Bairro:	Centro	Cidade:	Guamaré	Estado:	RN
E-mail:	Não Possui				
Tel. (DDI):	(84) 99827-0066				

Lugar e Data:

Floriano-RN 28/01/20

José Vieira Alves da Silva

Assinatura do Declarante

0001001001/2017



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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

Cidade: GUAMARE

CEP: 59598000

Bairro: CENTRO

Compl:

Telefone: 84 98443608

Motivo: MOTO X ANIMAL

Tip: REFERENCIADO

Origen: 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:

A queda de moto
Perda de consciência

EXAME FÍSICO (PRIMARIO)

- A Vés amea pressão alta cerebral
B peior dengue
C pulso cheio 88
D olhos sécios 18
E pálpebras edemaciadas dor em M/D

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

TOMOGRAFIA HM 18/10/2019
20.10.19 00:05
TSE: MUSKANNE
CIRANO

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Assinatura

19/10/2019 22:22
JRCRPP



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

NAMNESE

*Osteopatia
Válvula de fechamento tricúspide
com dor em joelhos D.*

EXAME FÍSICO: Edema 4+4/46 rubro ledrado D. Rubro perilesional
em joelhos e braço D. Eferas laterais

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Fratura de Plataforma D.

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*Ct: Tornozelo pl/ fraturado
envio para LIVIR*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

TARZ SALVO - POLÍCIA

Válvula da Vártice (func Comportamento?)

Objetivo: Edema e dor permanente (func do Sist.

*Dr. Júlio Azevedo
Ortopedista*

CRM 6092 - RQE 2973

Assinatura e Carimbo do Responsável

*Dr. Júlio Azevedo
Ortopedista
CRM 6092 - RQE 2973
SINA DO COMPORTAMENTO*

Assinatura e Carimbo do Responsável

ESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

IDA: DATA: / / HORA:

cisão Médica

À Revélia

Transferido para:

BITO: DATA: / / HORA:

fregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

*Dr. Júlio Azevedo
Ortopedista
CRM 6092 - RQE 2973*

Médico (Carlotto)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

ESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

IDA: DATA: / / HORA:

cisão Médica

À Revélia

Transferido para:



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	
A(ALERGIAS)	<i>Negra</i>
M(MEDICAÇÃO EM USO)	
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	<i>Histórico</i>
I(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	
V(PASSADO VACINAL)	

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIODIAGNOSTICO E IMAGENS)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
<i>Rx de joelho/perna/ faringe</i>	
	OUTROS
CONDUTA PRIMARIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<i>Anti-Helicobacter U1409</i>	
<i>Alta de cirurgia gástrica</i>	
<i>Anti-Helicobacter 09/10/19</i>	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<i>Neck</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	<i>Ortopedista</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	<i>Cirurgia Vascular</i>	HORA: 01:00	DATA: 20/10/19

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA

SAÍDAS () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANALYST

Queda de mato no topo da encosta de Choró.
Pare capaz de Neja em cima.
Temos bichos jardim em alto.

EXAME FÍSICO

See file

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

PC adio: See attached
Overlays; Also do all

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

REFERENCES AND NOTES

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Mosés Felipe
Neurocirugía
CRM 7579

CONSULTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

See also [Biology](#), [Chemistry](#), [Physics](#)

20110.11.9 6 VA Standard

Poerde ser a el que
puedre serlo por celosia
y a la vez a plato filo
puedre falso para que
se le pase a la otra
pila de la parte de la
regalada. Sin dudas de
el capitulo no vale de
decir tanto (entre mas
valga mas), nos hemos
a permitido de hacer
el punto de capitulo
de que se pide en la
2º de matemáticas.

(Assinatura de Garmido do Rosário)

~~1. DIRECTOR OF THE INSTITUTE~~

Assinatura e Carimbo do Responsável

INTRODUÇÃO TEÓRICA

INFORMES DE RENDICIÓN DE CUENTAS	
Entregados en el periodo evaluado.	4
Días de retraso en la entrega de informes.	15
Entregados en el periodo evaluado, pero presentados más de 15 días posteriores al vencimiento.	0
Entregados entre el 16 y 30 días posteriores al vencimiento.	0
Entregados más de 30 días posteriores al vencimiento.	0
OTROS DOCUMENTOS	
Otros documentos elaborados.	0
MÁS DESEABLES	
Entregados en el periodo evaluado o anticipadamente al vencimiento establecido para su envío. Nada pendiente.	5
Entregados en el periodo evaluado.	1
Entregados más tarde que el vencimiento establecido para su envío.	0
Entregados anticipadamente (no tardíos), cosa que lleva una penalización.	0
Entregados más tarde que el vencimiento establecido para su envío.	0
Entregados.	0
Entregados en el periodo evaluado.	0

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAJINHA RESPIRATÓRIA	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
1-2	5
3-5	3
6-10	1
11-20	-1
21-30	-3
31-40	-5
41-50	-7
51-60	-9
61-70	-11
71-80	-13
81-90	-15
91-100	-17
101-120	-19
121-140	-21
141-160	-23
161-180	-25
181-200	-27
201-220	-29
221-240	-31
241-260	-33
261-280	-35
281-300	-37
301-320	-39
321-340	-41
341-360	-43
361-380	-45
381-400	-47
401-420	-49
421-440	-51
441-460	-53
461-480	-55
481-500	-57
501-520	-59
521-540	-61
541-560	-63
561-580	-65
581-600	-67
601-620	-69
621-640	-71
641-660	-73
661-680	-75
681-700	-77
701-720	-79
721-740	-81
741-760	-83
761-780	-85
781-800	-87
801-820	-89
821-840	-91
841-860	-93
861-880	-95
881-900	-97
901-920	-99
921-940	-101
941-960	-103
961-980	-105
981-1000	-107

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
2009/II

100 - 400 mg/m² (niedrigste dosis die Erkrankung stillt).

¹Rehbein TEA/DIALE Q. JOURNAL B.
Assessment of known and suspected
psychopathology: A practical system. London

1824.2.6-34

—well-known among the members of the Society of Friends.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa
0	3	21	3





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MANOEL LUCAS DE MIRANDA



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CLÍNICA MÉDICA

PACIENTE	GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES					
DATA DE ENTRADA	19/10/2019 HORA 19:31 N° BAA 302678					
IDADE	40	SEXO	F	ETNIA	Pardo	
CARTÃO SUS	703404283337310			ESTADO	Casado(a)	
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 Macau-RN					
TELEFONE	(84) 9689-1312 PROFISSÃO ASG					
RUA/AV.	RUA SETE DE MAIO N° 11					
COMPLEMENTO	CASA BAIRRO CENTRO					
CEP	59598-000 CIDADE Guamaré-RN					
ORIGEM	Ambulância - Interior MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Animal					
ID. DE TRABALHO	Não USUÁRIO Gildeania					

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

paciente vítima de colisão moto-animal há 30 min. Negada de consciência. Dor e dificuldade de mobilizar 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	5	SP02 98%

GNÓSTICO INICIAL	Trauma + peritôneo fráurile	CID
------------------	-----------------------------	-----

Right © 2019 | Sistema Amazing | (84) 99613-4442

Hgt 120mg/dl



SUS**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 PACIENTENome: **148312 GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES**

Prontuário:

CNS: 703404283337310

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

Clínica 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 CIRÚRGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1. FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA*408050551. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALT



Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA

Dr. Judson Azevedo
Orthopedist
CRM 6682-RGE 2973

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibiotioterapia Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assintente:

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 Trajeto _____

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.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010011146110700000058500294

Número do documento: 2010011146110700000058500294

Num. 60975375 - Pág. 17

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10000 /2019

Prontuário: 1190095

Paciente: 148312 - GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

Cartão SUS: 703404263337310

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

Complemento:

Bairro: CENTRO

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 TÍBIA

108050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Franjura placa ilíaca fechada
No clínico controle doros ✓
Medicamentos para uso contínuo.

Lia 2019 CRM - 3047

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 20 de Outubro de 2019.



EXAME FÍSICO A (ALERGIAS) M (MEDICAGAO E CIRURGIAS PREVIAS) P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS) L (LIGADIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS) A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) V (PASSADO VACINAL) E (LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS)	
OUTROS	
CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE ESPECIALISTA 1 DATA HORA ESPECIALISTA 2 DATA HORA ESPECIALISTA 3 DATA HORA ENGERRAMENTO DO BOLETIM DECISÃO MEDICA X TRANSFERÊNCIA OBITO REVELIA OUTRO: Assinatura, Data, Modo e Armazém do Medicamento Dra. Livia Karina Souza CRM-PR 10020 01/10/2020 90:05 h	



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10000 /2019

Prontuário: 1190095

paciente: 148312 - GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

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

Complemento:

Bairro: CENTRO

CEP: 59598000

Cidade: GUAMARE

Telefone: 84 96443608 84 96443608

Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1021

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES -

suário: 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

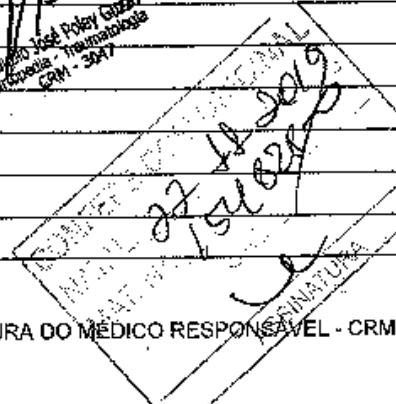
08050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Fratura Patelar Tríxial Recobrada
No clínico controle doloroso →
terá nova permanecer no Clínico

Clínico José Polley Góes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 3247



ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 20 de Outubro de 2019.



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=2010011146110700000058500294>

Número do documento: 2010011146110700000058500294

Num. 60975375 - Pág. 20



GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

- NÃO PISAR ATÉ 2^a 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)

Jr. Fab. 321/0017 A de Lima
Oficina de Traumatologia
Dra. Ana de Oliveira
CNPJ: 20357667/0001-4816





GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DÉVIDOS 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. Flávio Karina Alves Lícia
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião de Joelho
CRM: 70.000/CE-11.4816



ASSINADO EM JURÍDICO NACIONAL
Nº 902.018.704
DATA DE ASSINATURA: 18/10/2010
NOME:
GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES
NASCIMENTO:
LIDIO MIGUEL DA SILVA
EDINETE MARIA DE SOUZA
NOME PATERNO:
MACAU-RN
CNPJ: 0001.0000000000000000
CNPJ: 0001.0000000000000000
ENDERECO:
GUAMARÉ, RN - 59100-000
CEP: 5927-000
UF: RN
Data de Nascimento: 04/02/1979
CPF: 703.4042.8303-7710
RG: 027.552.004-00
Data de Emissão: 12/07/2010
Assinatura Digital:
Assinatura Digital:



Gilvania de Souza Silva Alves
Assinatura digital

PDUSGAP DEPÓSITO

Gilvania

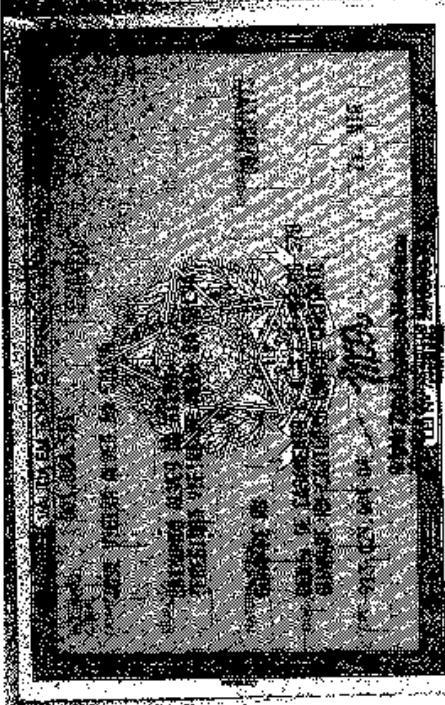
TÍTULO ELEITORAL

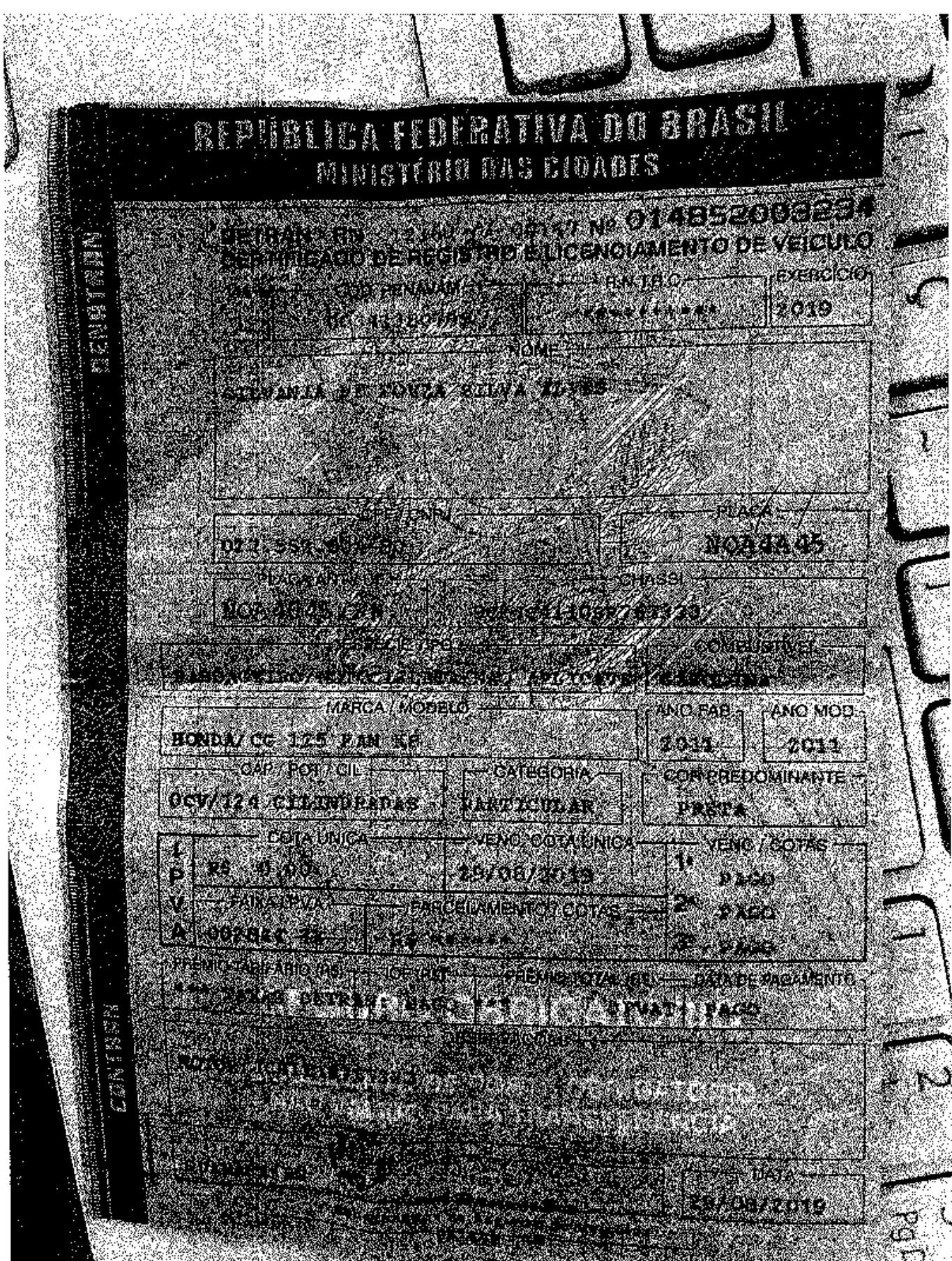
NOME ELEITORA
GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

DATA DE NASCIMENTO	04/02/1979	RG	027.552.004-00	ZONA	0001
ENDERECO	GUAMARÉ/RN				UF
			Data de emissão: 12/07/2010		

Gilvania







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: Gilvanio de Souza Silveira Alves, brasileiro(a);
estado civil: casado, Profissão: _____, Data do Acidente 19/10/20
Cobertura Indivíduo, portador(a) do RG 002.018.404, órgão expedidor
SEPRN e do CPF: 021.552.004-80 residente no(a)
Rua Sete de Maio nº 11,
bairro: centro, município: Guamaré / RN.

OUTORGADO:

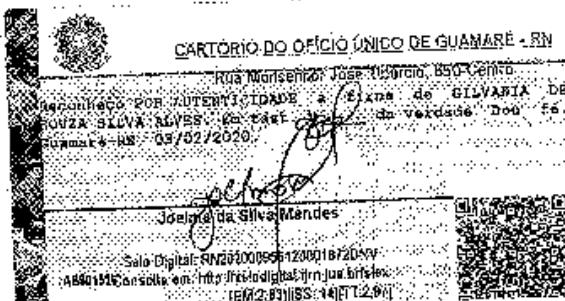
Nome: José Vítor Alves da Silva, brasileiro(a);
estado civil: casado, Profissão: funcionário, portador(a) do RG
001.284.551, órgão expedidor SEPRN e do CPF: 913.021.004-04 residente
no(a) Rua Sete de Maio nº 11,
bairro: centro, município: Guamaré / RN.

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

Gilvanio de souza silva Alves
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gilvanio de Souza Silveira Alves, brasileiro(a);
estado civil: casado, Profissão: _____, Data do Acidente 19/10/20
Cobertura Indivíduo, portador(a) do RG 002.018.404, órgão expedidor
SEPRN e do CPF: 021.552.004-80 residente no(a)
Rua Sete de Maio nº 11,
bairro: centro, município: Guamaré / RN.

OUTORGADO:

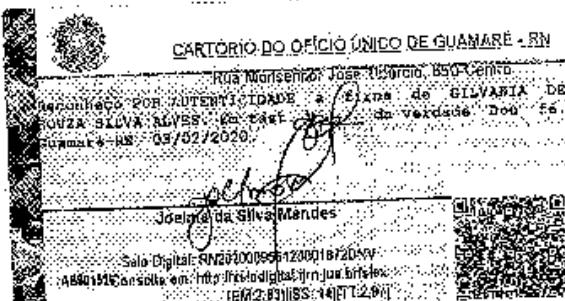
Nome: José Viana Alves da Silva, brasileiro(a);
estado civil: casado, Profissão: pescador, portador(a) do RG
001.284.551, órgão expedidor SEPRN e do CPF: 913.021.004-04 residente
no(a) Rua Sete de Maio nº 11,
bairro: centro, município: Guamaré / RN.

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

Gilvanio 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: 027.552.004-00

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

GERCA LOURENCO DA SILVA



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. 29

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047540/20

Vítima: GILVANIA DE SOUZA SILVA ALVES

CPF: 027.552.004-00

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: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE VIEIRA ALVES DA SILVA

GERCA LOURENCO DA SILVA



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. 30