



Número: **0807109-48.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **28/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA (AUTOR) | GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |
| ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (REPRESENTANTE) | |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|--|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 35782 774 | 22/10/2020 09:57 | 2757643_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200274088 Vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15999827



2020 01471/01472 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:57:32
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209573233000000034175150>
Número do documento: 20102209573233000000034175150

Núm. 35782774 - 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, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200274088 **Vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA**

Data do Acidente: 19/06/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

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: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 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: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 00000141511-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00020379
00020379


PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200274088 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA POLEGAR A DIREITA.(BENNET P-11)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER. PÁG-2-5-10 ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO POLEGAR DIREITA.

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 POLEGAR 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 |
|--|--|--|---------------|-----------------------|
| Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 009.033.687-90 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA 6 - CPF: 009.033.687-90
 7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: Rua JULIA CHAVES DE ALCÂNTARA 66 9 - Número: 10 - Complemento: Apt 303
 11 - Bairro: MANGABIRIA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58049-490
 15 - E-mail: (83)98651-8567

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:

| | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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 (001) Cäbä Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 1415339
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no CIVL) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
|---|--|---|---|--|--|

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

A. G. PESSOA 31/07/2020

A. G. PESSOA 31/07/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 052856.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 052856.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 19:36 min do dia 28/07/2020, na Delegacia Online, **ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, natural de Rio de Janeiro, nascido(a) em 20/08/1974, idade 45, estado civil Solteiro (a), de cor Preta, filho(a) de **MARIA DO ESPIRITO SANTO SILVA** e **FRANCISCO GERVASIO DA SILVA**, CPF 009.033.687-90, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Julia Chaves de Alcantara, nº 66, complemento apartamento, bairro mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58049490, telefone(s) 83-98626-4932, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 19/06/2020 11:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AVENIDA JOSEFA TAVEIRA- MANGABEIRA, mangabeira, João Pessoa/PB.

Material(is) Envolvido(s)

Outros Documentos: Identificação Principal: colisão moto x carro. Descrição: vitima de colisão envolvendo moto x carro na avenida Josefa Taveira saída para o valentina.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que foi vitima de acidente de transito colisão envolvendo moto x carro no dia 19 de junho de 2020, por volta das 11:00 horas, quando trafegava em sua moto da Marca YAMAHA YBR 125 FACTOR ED , ano 2014 modelo 2015 de cor Branca e Placas OIO-2220-PE, chassis n. 9C6KE194OF0035608, Licenciada em nome de **PATRICIA SOARES DA SILVA**,quando se dirigia ao trabalho foi colhido por um veiculo da Marca GM/ONIX da cor Branca de motorista e placas não identificada, que veio na contra mão em sua direção, que após o acidente o condutor do veiculo evadiu-se do local, que foi socorrido por terceiros para o ORTOTRAUMA de Mangabeira, que sofreu fratura do MTC direito da Mão direita, que devido a pandemia do COVID 19 não quis ficar internado no Hospital tendo ido embora, que por não aguentar dores retornou para o ORTOTRAUMA no dia 22 de Junho de 2020, onde foi submetido a tratamentos cirúrgicos na mão direita.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 052856.01.2020.0.00.704 1/2

DIGITALIZADO COM CARM



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


ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

423F749482311F6040C3D5081F3940D6

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 052856.01.2020.0.00.704 2/2

DIGITALIZADO COM CÂM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:57:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209573233000000034175150>
Número do documento: 20102209573233000000034175150

Num. 35782774 - Pág. 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 009.033.687-90 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA 6 - CPF: 009.033.687-90
 7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA JULIA CHAVES DE ALCÂNTARA 66 9 - Número: 10 - Complemento: Apt 503
 11 - Bairro: MANGABIRIA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58049-490
 15 - E-mail: 16 - Tel(DDD): (83) 98651-8167

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:

| | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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 (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 1415339
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autoroizo 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CIVL) 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Vivos: Falecidos: nascituro (velhozinho)? Vivos: Falecidos: teve irmãos? Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

João G. PESSOA 31/07/2020

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

FPS.001 V002/2019

DIGITALIZADO COM CARM

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: 13/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000141511-9

Nr. da Autenticação 3B10096B61942A7C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:57:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209573233000000034175150>
Número do documento: 20102209573233000000034175150

Num. 35782774 - Pág. 8



CAGEPA

**Rua Feliciano Chaves, 221 - Jardim das Flores - RJ
CEP: 26.205-670 - CEP: 26.205-670 - RJ**

2003年1月1日-2004年1月31日

95-1977

廣文苑叢書

1862872

FORMA DE CONDUCCIÓN AGUA FRIA 1000 LITROS

1000/2000

MARIA DO ESPÍRITO SANTO DA SILVA
RUA JELIA CHAVES DE ALCANTARA, 66 - APT. 101
MANGABEIRA JOÃO PESSOA PB 580057-499

| Inscrição | | SMI | Quantidade de Economas | | | | Responsável |
|--|--------------------|----------------|------------------------------|-----------------|-------|------------|-------------|
| | | | Passiva | Debito | Fluxo | Saldo | |
| 001.054.440-0290-000 | 000 | | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto | | | |
| Y15N517347 | 11/01/2016 | EXALM RELIGADO | LIGADO | LIGADO | | | |
| ANTERIOR + ATUAL - CONSUMO (m ³) + DIA DE DIAS > PROXIMA LEITURA | | | | | | | |
| 804 | 873 | 17 | 32 | | | 22/07/2019 | |
| MIST (CONSUMO ANTERIOR + LEITURA + DIAS DE CONSUMO) / 30 = 2017.40 | | | | | | | |
| 04/1/2019 | 25 | | 0 | 0 | 0 | | |
| 02/2/2019 | 36 | | 10 | 0 | 0 | | |
| 04/3/2019 | 30 | | 6 | 0 | 0 | | |
| FEV/2019 | 37 | | 0 | 0 | 0 | | |
| JAN/2019 | 24 | | 0 | 0 | 0 | | |
| 06/2/2019 | 32 | | 0 | 0 | 0 | | |
| MEDIA(m ³) | 37 | | 0 | 0 | 0 | | |
| | | | DADOS REFERENTES A: ABR/2019 | | | | |

| DESCRICAÇÃO | CONSUMO | TOTAL (R\$) |
|--|---------|-------------|
| ÁREA: | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| ATE 10.000 - R\$ 17,41 POR UNIDADE | 10.000 | 174,10 |
| 11.000 A 20.000 - R\$ 4,89 POR UNI | 7.000 | 34,23 |
| ESCOLA: | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| ATE 10.000 - R\$ 13 POR UNIDADE | 10.000 | 130,00 |
| 11.000 A 20.000 - R\$ 3,91 POR UNI | 7.000 | 27,37 |
| ACRESCIMO(S) MENSAL ANT 04/2010 | | 2,94 |
| VALORES DE MORA 04/2010 | | 0,19 |

VENCIMENTO: 04/07/2020 **Total a Pagar:** R\$ 132,97

Digitizado com Cam



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAK: () - CNPJ: Ficha Nr: 324468 Atd: Nao
Data: 22/06/2020
Hora: 10:01:02
Repcionista: ANA KARLA DE O
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA Num. de vezes atendido: 2
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2020.06.001473
CNS: 708709149741393 Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0 Fone: 986264932
Natural: RIO DE JANEIRO/RJ Data Nasc.: 20/08/1974 Id: 45 ano(s)
End.: RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA,66
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA Pai: FRANCISCO GERVASIO DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO
Resp.: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA
1/Doc. Responsavel: 986264932 / SEM DOCUMENTO: 0
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispineia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Quedixa Principal Observacao

História - Exame Fisico - hora do atendimento medico)
fx breufer há 04 dias. não queixa infecção
quefe dia reformando hoje pt 5H.

Diagnostico

Conduta

- FH
- Rx

Prescricao

Horario da medicacao

- Tapa luma pt pegar
- FH
- VPM

Dr. Luciano Gomes da Cunha
Ortopedista Traumatologista
CRM PB 9368
CREMEPE 24351

Digitalizado com Cam





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|---------------------------|--|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| NAME | <i>Alexandre Juninho do Nascimento</i> | | PRONTUÁRIO N° | | |
| DATA | SEXO | COR | CLÍNICA | ENF. | LBTO |
| DATA DE ADMISSÃO | 22/06/2020 | DATA DE ALTA | 29/06/2020 | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL | <i>Fratura nas P. M. P. (D)</i> | | | | 1623 |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO | <i>P. M. P. (D)</i> | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES | | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO | <i>Fras (D) 15</i> | | | | |
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO P.O. | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | COLETA DE MATERIAL | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| INDÍCIAIS DE ALTA | MELHORADO | REMOVIDO | A PEDIDO | CURADO | ÓBITO |
| RESUMO CLÍNICO | HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES | | | | |

Alexandre Juninho (D)

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

ETA:

EPOUSO: Relativo em casa por _____ dias

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias

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

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

29/06/2020

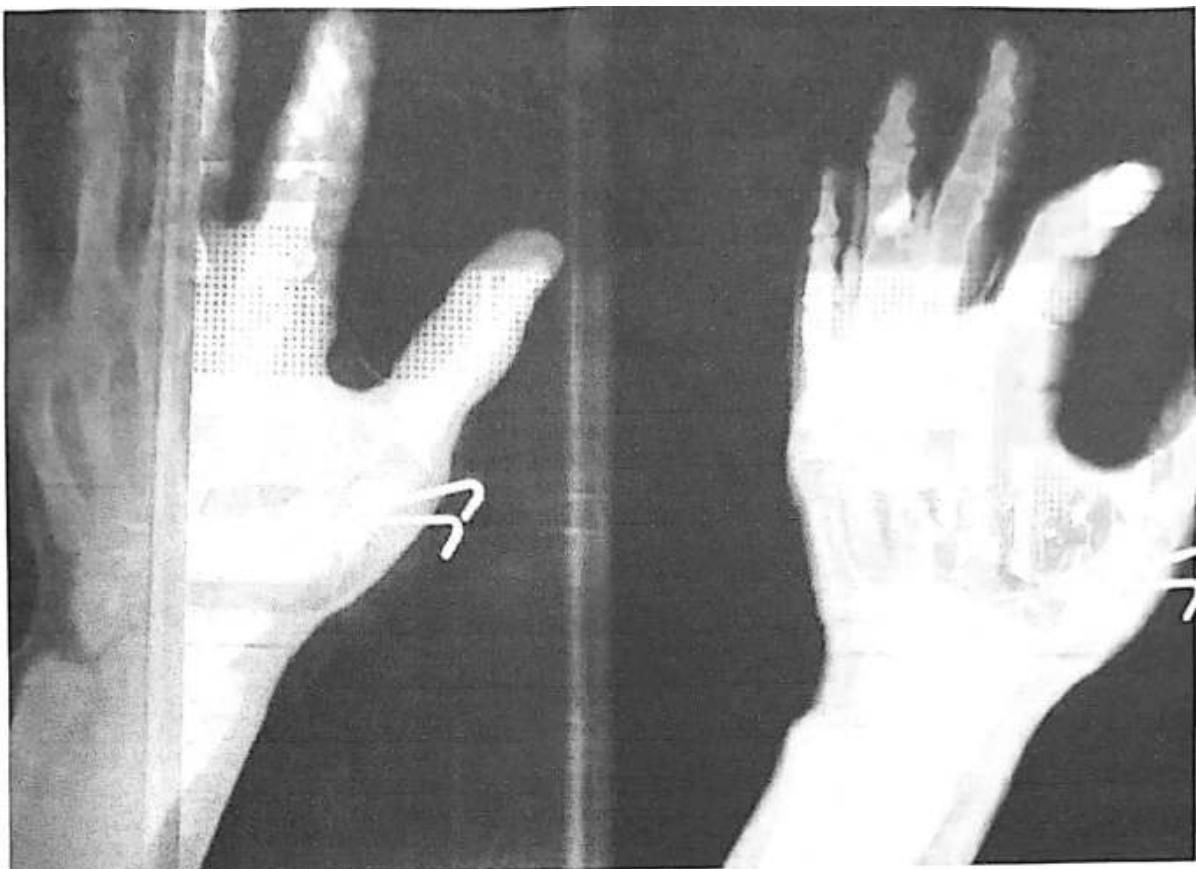
DATA

ASS. MÉDICO / CRM

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

Digitalizado com Cam





Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:57:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209573233000000034175150>
Número do documento: 20102209573233000000034175150

Num. 35782774 - Pág. 12

DELEGACIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
DIALEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUENITTY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - . CNPJ:

Ficha Nr: 324009 Atd: Nao Reg
Data: 19/06/2020
Hora: 11:01:28
Recepctionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Num. Prontuario: 2020.06.001473

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 708709149741393 Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0 Fone: 986264932

Natural: RIO DE JANEIRO/RJ Data Nasc.: 20/08/1974 Id: 45 ano(s)

End.: RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA, 66

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Maria do Espirito Santo da Silva Pai: FRANCISCO GERVASIO DA SILVA

Sexo: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Profissao: MOTORISTA (FORA EXCECOES) Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

Resp.: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 986264932 / SEM DOCUMENTO: 0

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tip de Classificacao de Risco:

- [] Aparentemente Bem [] Gravemente
[] Politramatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Displenia
[] Diarrhea [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Paciente vitima de acidente de moto
Com dor em Abdomen Esquerdo e não urina

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico Fratura de Metacarpiano Conduta

Rx elevante O/AT+
Rx de mão O/AT+/-

Prescrição Desmobilização
Internamento
Paciente recusa a
ficar internado

Horario da medicacao

Antônio F. S. Neto
Médico
CRM - 12 - 13.125

R1 + Dr. Moura
Moura

Assinatura: Moura
Data: 19/06/2020
CRM: 12/13.125

DIGITALIZADO COM USO

Arasimade termo de alta a
Périda. Ciente dos xinesos.

Roseane R. P. de Souza
Assistente Social
CRESS-PB 1730

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Digitizado com CaM



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUAS: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAK: () - CNPJ:

Ficha Nr: 324468 Atd: Na
Data: 22/06/2020
Hora: 10:01:02
Recepção: ANA KARLA DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA Num. de vezes atendido: 2
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 708709149741393 Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0 Fone: 986264932
Natural: RIO DE JANEIRO/RJ Data Nasc.: 20/08/1974 Id: 45 ano(s)
End.: RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA, 66
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA Pai: FRANCISCO GERVASIO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES) Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

Resp.: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

1/Doc. Responsavel: 986264932 / SEM DOCUMENTO: 0

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

| | | | |
|-----------------|---------|--|------------------------------------|
| PA: | FR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| FC: | TP: | <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| Peso: | Altura: | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| Glicemia: | IMC: | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| Circ. Abd: | O2%: | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| Queda Principal | | <input type="checkbox"/> Vomito | |
| Observacao | | | |

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

História - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

fx Berreta há 06 dias. não queixa infecção
quefe dia reformando hoje pt 5H.

Diagnóstico

Conduta

- IH
- Ax

Prescrição

- Tapa Luma pt poeira
- FH
- VPM

Horário da medicação

Dr. Luciano Gomes de Oliveira
Ortopedista Traumatologista
CRM PB 9326
CRM/MEPE 24351

DIGITALIZADO COM UVAN

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - , CNPJ:

Ficha Nr: 323642 Atd: Nao R
Data: 29/06/2020
Hora: 07:22:24
Repcionista: CLEBIA FERREIRA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2020.06.002347
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2836389 Fone: 986264932
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/08/1974 Id: 45 ano(s)
End.: RUA PROFESSOR ANTONIO CAVALCANTE,00
Bairro: PORTAL DO SOL Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: MARIA DO ESPIRITO SANTO Pai: FRANCISCO GERVASIO DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA
Al/loc. Responsavel: 986264932 / IDENTIDADE: 2836389
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Cir: Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao

Exstremo dor lombar
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Alexandre Gervasio da Silva Data da Admissão: 22/06/2022
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
QPD: _____
HDA: fx pofega. 0
Medicações em uso: Ø

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Defomidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | | | |
|--|--------------------|---|-----------|-----------------|-----|--------|--|
| Nome: | <i>Marcos Lira</i> | | | Registro: | | | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: | LR: | | |
| Data: | Cirurgião: | | | 1º Assistente: | | | |
| 2º Assistente: | | 3º Assistente: | | Instrumentador: | | | |
| Anestesista: | | Tipo Anestesia: | | Horário: | I: | T: | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fractura toracica</i> | | | | | | CID | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>D. Marcu</i> | | | | | | CID | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Articocintes</i> | | | | | | CÓDIGO | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | Descreva: | | | | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | | | |

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

Digitado com o Cam



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Histerectomia parcial (1)

Incisão:

Pinzada ma extensão da incisão
do anterolateral do útero

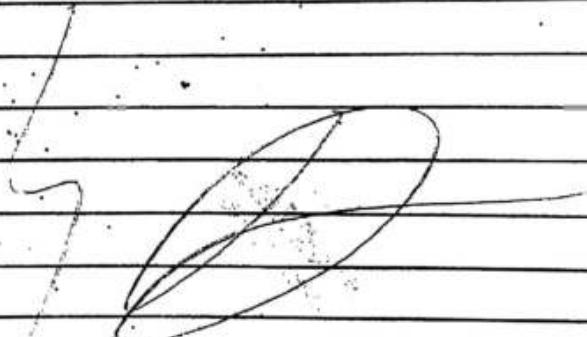
Achados:

Ute folicular tipo 1 (1)

Ftos (1) 25

Plastificação anterolateral

Conduta:



Fechamento:**OBS:**

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM

Digitalizado com Cam



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ II
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: - fx Bennett pofga ()

Conduta: - FH
- Tafta luna p1 pofga

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

J. Luciano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9329
CRM-PE 102351
CRM-PE 102351

Digitalizado com Cam





Digitizado com CaM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:57:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209573233000000034175150>
Número do documento: 20102209573233000000034175150

Num. 35782774 - Pág. 21



Digitizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:57:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209573233000000034175150>
Número do documento: 20102209573233000000034175150

Num. 35782774 - Pág. 22

CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito



QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço: <<http://www.serpro.gov.br/assinador-digital>>.

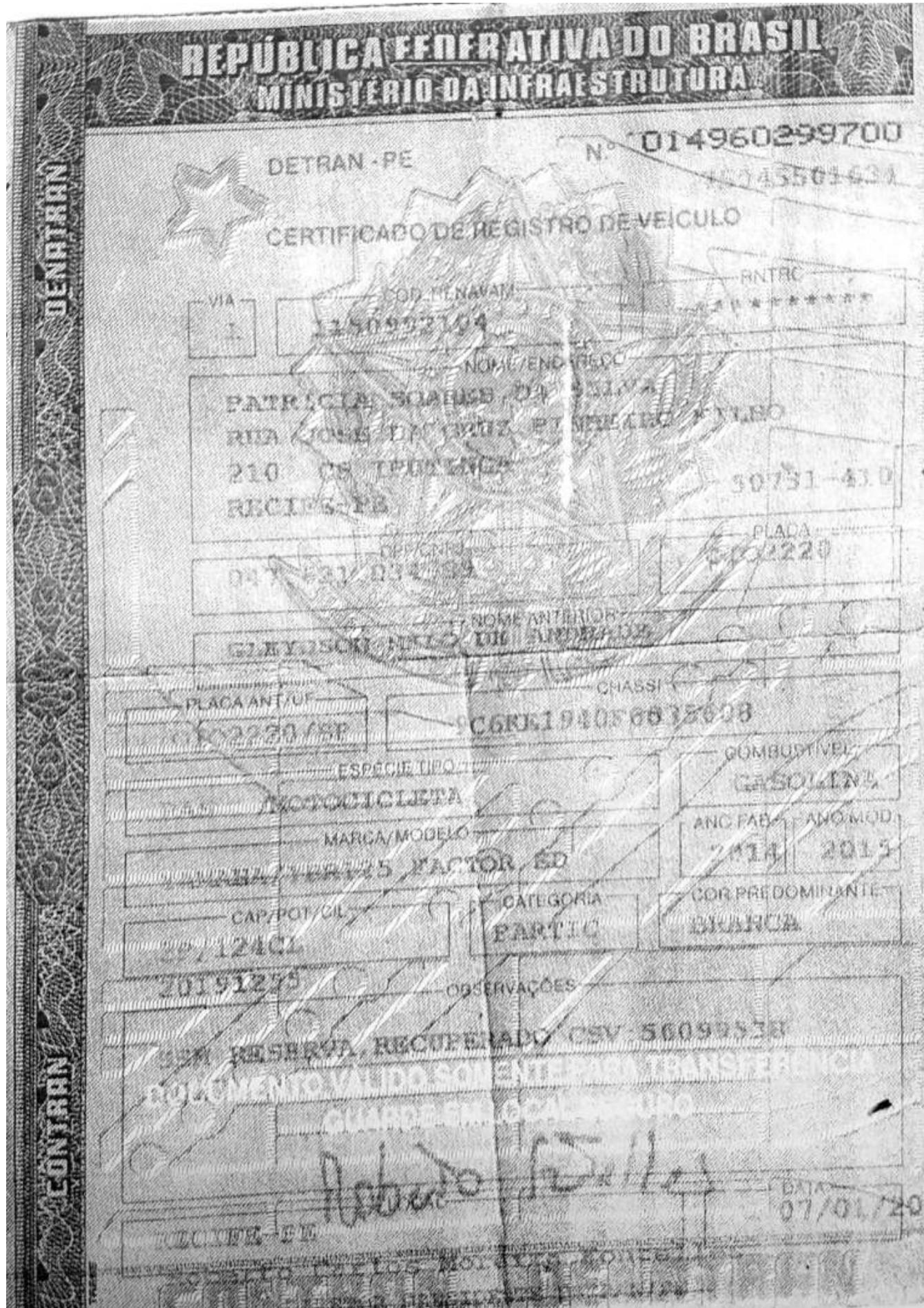
SERPRO / DENATRAN

Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:57:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209573233000000034175150>
Número do documento: 20102209573233000000034175150

Num. 35782774 - Pág. 23



Digitizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:57:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010220957323300000034175150>
Número do documento: 2010220957323300000034175150

Num. 35782774 - Pág. 24



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 19/06/2020 CPF DA VITIMA 009.033.687-90

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM

AVITIMA É Rua JULIA CHAVES DE ALCANTARA
ENDERECO DO PORTADOR 66 COMPLEMENTO Apt 101 BAIRRO MAN 60 BZ/04
PAÍS Brasil UF PB CEP _____
CIDADE _____
E-MAIL _____

TELEFONE (83) 98651-8167

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Morte = R\$ 13.500,00
- Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE www.dpvatsegurodotransito.com.br OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGUROADRA
 DATA YORAD P639A 31/10/20 DATA _____
 IDENTIDADE YORAD P639A 31/10/20 NOME _____
 ASSINATURA YORAD P639A 31/10/20



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215231/20

Vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

CPF: 009.033.687-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2020

Titular do CPF: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA : 009.033.687-90

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: 03/08/2020
Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA
CPF: 009.033.687-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:57:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010220957323300000034175150>
Número do documento: 2010220957323300000034175150

Num. 35782774 - Pág. 26