



Número: **0854418-08.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS (AUTOR)	KEITIANY SANTOS CAVALCANTI DE LIMA (ADVOGADO) Wellynhton José Cavalcanti de Lima (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35607 436	19/10/2020 09:54	<u>2758827_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190016455

Vítima: GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WELLYNGTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00459/00460 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13794608



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 09:54:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101909544640100000034012731>
Número do documento: 20101909544640100000034012731

Num. 35607436 - 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, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190016455 **Vítima: GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS**

Data do Acidente: 04/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WELLYNGTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

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 nº 13797224



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 Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190016455 **Vítima: GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS**

Data do Acidente: 04/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WELLYNTHON JOSE CAVALCANTI DE LIMA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01317/01318 - carta_16 - INVALIDEZ

00020659

Carta nº 14535861



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 09:54:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101909544640100000034012731>
Número do documento: 20101909544640100000034012731

Num. 35607436 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

450.711.874-34

Nome completo da vítima:

Gulemberg Gomes dos Santos

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

Nome completo:

Profissão: **mecânico**

Endereço:

R: Rangel Travassos

Bairro: **Rangel**

Cidade:

João Pessoa

Estado: **PB**

E-mail:

CEP: **58.070.120**

Tel.(DDD):

CPF: **450.711.874-34**

Número: **1117**

Complemento:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0036 013**

CONTA: **000.000.09138 9**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que 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

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

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

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

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

imprevisível
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSÉ CELINO KUBITSCHKE, 519 - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de GUTEMBERG GOMES
DOS SANTOS,[117717], J.Pessoa-PB, 07/01/2019 11:40:53
Emol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em
test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PESSOA SILVA
Selo Digital AHZ38659-XXN6 Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSÉ CELINO KUBITSCHKE, 519 - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de WELLINGTON
JOSÉ CAVALCANTI DE LIMA,[2044], J.Pessoa-PB,
07/01/2019 11:50:21 Emol R\$9,91 Farpen:R\$0,29
Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabelia
CELEIDA COSMO PESSOA SILVA. Selo Digital AHZ38662-4V1Y
Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 09:54:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101909544640100000034012731>
Número do documento: 20101909544640100000034012731

Num. 35607436 - Pág. 5

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01269.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01269.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:50 horas do dia 10 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Alcebíades Barbosa de Azevedo, Escrivão de Polícia, matrícula 1557246, ao final assinado, compareceu **Gutemberg Gomes dos Santos**, CPF nº 450.711.874-34, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico, filho(a) de Maria José Lopes dos Santos e Americo Gomes dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/01/1970 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rangel Travassos, Nº 1117, bairro Varjão, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Elshadai, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98813-4136.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida São Judas Tadeu, Próximo À Oficina Miramar, João Pessoa/PB, bairro Rangel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/04/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia uma motocicleta de dados não conhecidos, pertencente a um cliente da oficina do declarante, pela rua Jornalista Rafael Mororó, quando adentrou à avenida São Judas Tadeu (preferencial), sem observar a sinalização de parada obrigatória, momento em que foi colidido por um veículo Ford Ka, placas NPR 8379, conduzido por uma mulher conhecida por ser neta de "tonho do cachorro quente", moradora do mesmo bairro. Afirma que a condutora permaneceu no local. Afirma que o BPTRAN não foi ao local e que uma ambulância do corpo de bombeiros socorreu o declarante ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, conforme Laudo Médico - Resumo de Alta que ora apresenta. Afirma que não possui CNH e que não deseja representar criminalmente contra a condutora do veículo.

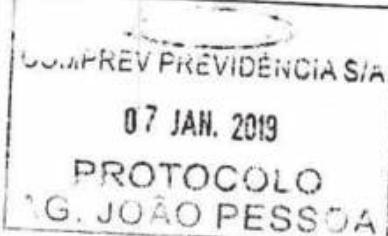
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de julho de 2018.


ALCEBÍADES BARBOSA DE AZEVEDO
Escrivão de Polícia


GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

Noticiante


07 JAH. 2019
PROTOCOLO
1.G. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 01269.01.2018.1.00.420

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

450.711.874-34

Nome completo da vítima:

Gulemberg Gomes dos Santos

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

Nome completo:

Profissão: **mecânico**

Endereço:

R: Rangel (Avassos)

Bairro: **Rangel**

Cidade:

João Pessoa

Estado: **PB**

E-mail:

CPF: **450.711.874-34**
Número: **1117** Complemento:

CEP: **58.070.120**
Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0036

013

CONTA: 000.000.09138 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

imprevisível
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

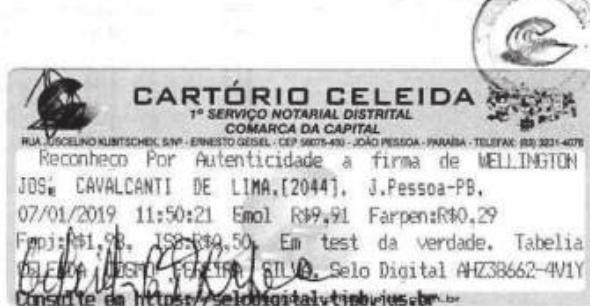
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







COBRANÇA AZUL

RECIBO DO SACADO

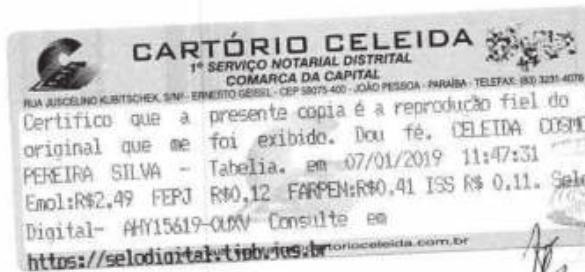
COMSEDER COOP DE ASSIST MED DOS SERV SUPLAN E DER LTDA



NOSSO NÚMERO	14/0000800005410424
VENCIMENTO:	10/09/2018
VALOR DOCUMENTO:	441,68

SACADO WELLYNTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA
R MANOEL PESSOA DOS ANJOS 64
VALENTINA I JOAO PESSOA - PB 58063220

2676150





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 48	SEXO masc	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.16	LEITO:156
DATA DE ADMISSÃO 04/04/2018		DATA DE ALTA 19/04/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia+ maléolo lateral esq</i>				CID S82.2 + S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia E FIBULA</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA		REV PREVIDÊNCIAS/A 07 JAN. 2019			
ANATOMIA PATOLÓGICA		PROTÓCOLO <i>G. JOÃO PESSOA</i>			
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombólítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina e cetoprofeno.

RETORNO:	Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 30 dias para revisão.	<i>7/1</i> Ass. MÉDICO / C.R.M Ritono p/ Dr. Thales Cooper. dia 25/04
----------	--	--

19/04/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido / do(a) Sr.(a) GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S82.2+S82.6, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (SESSENTA) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 19/04/2018

Dr. Fellipe Bezerra
MÉDICO

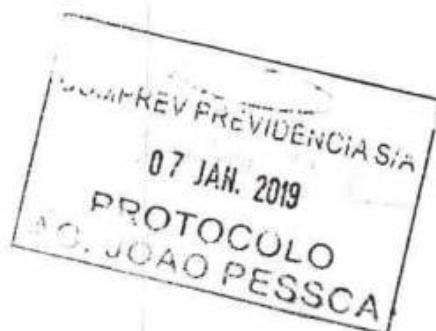
CRM-PB 11126

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

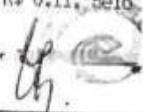
AUTORIZAÇÃO

Eu, Patr. J. Gomes dos Santos, autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.





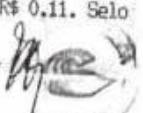
CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSÉLIO KURTISCHKE, 599 - ERNESTO GESSEL - CEP 58035-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFONE: (83) 3221-4078
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelia. em 07/01/2019 11:48:13
Emol:R\$2,49 FEPJ R\$0,12 FARPN:R\$0,41 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AHY15622-A1W0 Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br> 

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.049.597 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	07/05/2014
NOME GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS			
FILIAÇÃO AMÉRICO GOMES DOS SANTOS MARIA JOSÉ LOPES DOS SANTOS			
NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DOC ORIGEM		DATA DE NASCIMENTO 18/01/1970	
CASAM N.29250 FLS.134 LIV.14626 CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB 450.711.874-34			
ASSINATURA DO DIRETOR			

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSÉLIO KURTISCHKE, 599 - ERNESTO GESSEL - CEP 58035-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFONE: (83) 3221-4078
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelia. em 07/01/2019 11:48:33
Emol:R\$2,49 FEPJ R\$0,12 FARPN:R\$0,41 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AHY15624-T966 Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br> 





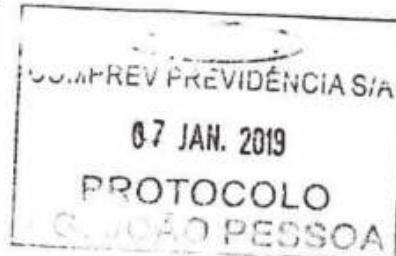
PROCURAÇÃO AD-JUDICIA

OUTORGANTE: GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS, brasileiro, casado, mecânico, portador do RG nº 1.049.597 2ª Via SSP/PB, inscrito no CPF nº 450. 711.874-34, residente e domiciliado na Rua Rangel Travassos, nº 1117, Varjão, João Pessoa - PB. CEP: 58070-120.

OUTORGADO: A Bela Keitiany Santos Cavalcanti Abath, brasileira, advogada, inscrita na OAB-PB sob o nº 20.061, email: keitianysantos@gmail.com, telefone: 98880-9148 e o Bel. Wellynhton José Cavalcanti de Lima, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-PB sob n.9.283, telefone: 998679-0113, ambos com escritório profissional estabelecido a Rua Dom Pedro I, Edf. Capital Center, sala 405, Centro, João Pessoa - PB, onde deverão receber intimações de estilo (art.39 do CPC), outorgando-lhe amplos poderes para o bom e fiel cumprimento do mandato, bem como para o foro em geral conforme estabelecido no artigo nº38 do Código de Processo Civil, e os especiais para substabelecer, receber intimações, receber alvará judicial nominal ao outorgante no Banco do Brasil, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom, firme e valioso, com fim específico para funcionar como advogados do Outorgante na **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO PARA RECEBIMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT POR INVALIDEZ DE CARATER PERMANENTE** contra a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT**, que tramitará em um dos Juizados Especiais Cíveis da comarca de João Pessoa - PB. Dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 24 de abril de 2018.

Gutemberg Gomes dos santos
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005597/19

Vítima: GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

CPF: 450.711.874-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2018

Titular do CPF: GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WELLYNGLTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA : 287.714.604-97

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

GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS : 450.711.874-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019

Nome: WELLYNGLTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA
CPF: 287.714.604-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

WELLYNGLTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 09:54:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101909544640100000034012731>
Número do documento: 20101909544640100000034012731

Num. 35607436 - Pág. 16