



Número: **0814313-52.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/03/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEOVANDRO SOARES DA SILVA (AUTOR)	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO) ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)
BRDESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ALVARO VITORINO DE PONTES JUNIOR (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37413 177	16/03/2021 10:58	<a href="#">Petição</a>	Petição
40682 471	16/03/2021 10:58	<a href="#">2767515_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_03</a>	Apelação
40682 473	16/03/2021 10:58	<a href="#">2767515_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02</a>	Apelação
40682 475	16/03/2021 10:58	<a href="#">2767515_RECURSO_DE_APELACAO_01</a>	Apelação

EM ANEXO



# 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:	19/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000088003-3

---

---

Nr. da Autenticação 7D15887310F10573





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANNO SOARES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

Nome completo:

GEOVANNO SOARES DA SILVA

CPF: 047.935.964-94

Profissão:

RECUSO

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Número:

Complemento:

Bairro:

CRISTO REDEMTOR

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

52070530

E-mail:

Tel/(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (041)

☐ Banco do Brasil (081)

☐ Caixa Econômica Federal (106)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

ITAU UNIBANCO

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3334

CONTA:

11002368

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinado, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tenha 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 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 resgatado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

JOÃO PESSOA/PB, 09/05/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outro pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometo-me 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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: GEOVANARO SOARES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

Nome completo: GEOVANARO SOARES DA SILVA CPF: 047.935.964-4

Profissão: ROGUEIRO Endereço: RUA DOS MILAGRES Número: 281 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: CRISTO REDEMIDOR Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58070-530

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:  
☒ RECURSO 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 INDEMNIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1033 (Informar o dígito se existir)

CONTA: 20401 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_ (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 fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinale 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 perícia, porém superior a 90 (noventa) dias do acidente.

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, em caso de exigência da avaliação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não gera qualquer obrigação 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 09/05/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

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



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

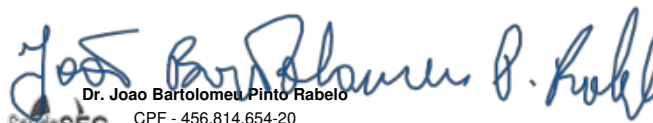
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190318045  
Nome do(a) Examinado(a): Geovandro Soares da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R dos Milagres, 281  
Cristo Redentor Joao Pessoa PB CEP: 58070-530  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ MTE / PB ] 1287985  
Data local do acidente: [ 16/08/2017 ]  
Data local do exame: [ 29/07/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 22/12/2017**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |  |   |
|--|---|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                       | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
Gerência Executiva de Polícia Civil  
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

## CERTIDÃO. 579/2019



**CERTIFICO** que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 579/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos três dias do mês de maio do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Jorge Rodrigues da Costa**, compareceu o Sr. **Geovandro Soares da Silva**, brasileira, solteira, natural de João Pessoa - PB, nascido aos 23/08/1981, filho de Ivanildo Meneses da Silva e de Anadete Soares da Silva, portadora da cédula de identidade nº 281 2009 Seds. PB, e CPF nº 047.935.964 - 44, residente (na) rua dos Milagres nº 1595, bairro do Cristo Redentor, nesta capital, identificada pelo CEP 58 070 530, e notificou que, na manhã do dia 16 de agosto do ano de 2017, por volta das 09:00 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta marca Honda CG 150-TITAN ESD, ano e modelo 2011, cor preta, placa PFO 4133 - PB, identificado pelo chassi nº 9C2KC1650BR501174, cadastrada em nome de **Raiffe Alves Figueiredo**, pela rua dos Milagres, bairro do Cristo Redentor, nesta capital, quando foi surpreendido e alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta e placa e Condutor não identificado, **consequentemente**, foi socorrido para o hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado TCE leve + Fratura Complexa da Escápula Direita + Traumatismos Múltiplos não especificados, identificados pelo CID 10 S00.9 + S 42.1 + T 07, conforme Laudo Médico Apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 03 de maio de 2019.

  
**Everaldo Martins da Costa**  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANNO SOARES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

Nome completo:

GEOVANNO SOARES DA SILVA

CPF: 047.935.964-94

Profissão:

RECUSO

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Número:

281

Complemento:

Bairro:

CRISTO REDEMTOR

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

58070530

E-mail:

Tel/(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (041)

☐ Banco do Brasil (081)

☐ Caixa Econômica Federal (106)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

ITAU UNIBANCO

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3834

CONTA:

11092368

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinado, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da 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 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 resgatado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

JOÃO PESSOA/PB, 09/05/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332125700

Boletim de Atendimento: 1020947



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
203638	GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
23/08/1981	35 anos 11 meses 24 dias	Religião
Mãe	Pai	Prontuário
ANADETE SOARES DA SILVA	IVANILDO MENEZES DA SILVA	3738
Especialidade	Responsável (Parentesco)	
	EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
43	988777438	Fone Fixo
Tipo documento	Numero documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	2812009	702005807192883
Local de procedência		Tipo
CRISTO REDENTOR		BAIRRO
Email	Naturalidade	UF
	JOAO PESSOA	PB
		CBO/R

### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58070530	JOAO PESSOA	PB	DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596
Número	Complemento	Bairro	
58		CRISTO REDENTOR	

### Admissão

Data e hora	Numero da pulseira	Convênio
16/05/2017 10:04:40	1000006188640	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

### Indicadores e Transporte

Tempo de espera	Plano de saúde	Veio de ambulância
Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou	
SAMU		

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

### Exames complementares

Rolo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos: Paciente consciente, orientado, sem sinais de comprometimento neurológico, apresentando queixa de dor no abdômen inferior esquerdo.

### Diagnóstico

Atendido por	Tempo
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO	01min 13seg

Imprimir

USAT + IALDOL + RIVOTIL



# 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: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000088003-3

---

---

Nr. da Autenticação 7D15887310F10573







## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.segurosdelider.com.br](http://www.segurosdelider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e registros metropolitanos: 0800-1596 / Outros registros: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ombudsman: 0800 022 91 35

Eu, Raiffe Alves Figueiredo,  
RG nº 4.278.683, data de expedição 02/09/2014  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 126.488.034-08  
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Leonel de Moura Brito, nº 200,  
complemento com, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
\_\_\_\_\_, cujo o condutor era  
\_\_\_\_\_.  
Veículo: MOTO Modelo: Honda/CG350 Ano: 2033  
Placa: PFO 4333 Chassi: 9C2 KC 1650BR503374  
Data do Acidente: 28/03/2019

Local e Data: \_\_\_\_\_

Raiffe Alves Figueiredo

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a última reclamante do sinistro )

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO NOTARIAL  
Rua. Nereu de Azevedo - Torres - 1º andar, 1º andar, 1º andar, 1º andar  
Fone: (51) 3091-1111 - CEP: 91040-000 - Fone: (51) 3091-1111

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a) de.....  
RAIFFE ALVES FIGUEIREDO.....  
Em test.de verdade, João Pessoa-PB 10/04/2019 14:01:09  
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ENDOSSENTE AUTORIZADA  
[2019-016691]ENL:R\$ 89,91 FAPENR\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,91  
SELO DIGITAL: ALJ80958-00LC  
Confira a autenticidade em: <https://calendario.tinh>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GEOVANDRO SOARES DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 23/08/81  
NOME DA MÃE ANADETE SOARES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.020.947  
Nº PRONTUARIO  
DATA DO ATENDIMENTO 16/08/17  
HORA DO ATENDIMENTO 10:40  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA COMPLEXA DA ESCÁPULA D + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS  
CID 10 S 00.9 + S 42.1 + T 07

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor e escoriações em ombro D + dor torácica D com deformidade anterior e ventilatório dependente. Relato de hábito etílico. Glasgow 14/15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC do ombro D  
RX da coluna cervical - AP e P  
RX do ombro D - AP  
RX do tórax - AP  
RX da coluna lombar - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura complexa da escápula à TC e RX do ombro. Sem alteração à TC do crânio e aos outros RX. Realizado atendimento, medicação e imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Torácica e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 17/08/17  
DATA DA EMISSÃO: 12/03/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO CUB/SEETSHL  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332125700

Boletim de Atendimento: 1020947



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
203638	GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
23/08/1981	35 anos 11 meses 24 dias	Religião
Mãe	Pai	Prontuário
ANADETE SOARES DA SILVA	IVANILDO MENEZES DA SILVA	3738
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
43	983777438	Fone Fixo
Tipo documento	Numero documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	2812009	702005807192883
Local de procedência		Tipo
CRISTO REDENTOR		BAIRRO
Email	Naturalidade	UF
	JOAO PESSOA	PB
		CBO/R

Endereço

CEP	Município de residência	UF
58070530	JOAO PESSOA	PB
Logradouro		
DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596		
Bairro		
CRISTO REDENTOR		

Admissão

Data e hora	Numero da pulseira	Convênio
16/05/2017 10:04:40	1000006183640	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Tempo de espera	Plano de saúde	Veio de ambulância
Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou	
SAMU		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Rolo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos: Paciente consciente, orientado, sem sinais de comprometimento neurológico, apresentando queixa de dor no abdômen inferior esquerdo.

Diagnóstico: CID

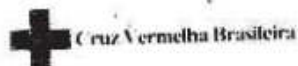
Atendido por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Tempo  
01min 13seg

Imprimir

USAT + IALDOL + RIVOTIL





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1020947</b>	Data/Hora Entrada <b>16/08/2017 10:04:40</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986777438 / (83) 986242635</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário <b>3735</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/08/2017 10:10:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/08/2017 14:32:43</b>	Nº Cons. Regional <b>6028/PB</b>

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. AO EXAME: GLASGOW 14/15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. RX DE COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD: SOL. TC DE CRÂNIO.

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

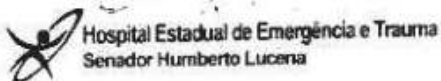
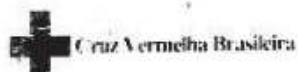
**Conduta**

Em observação

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
(6028/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1020947</b>	Data/Hora Entrada <b>16/08/2017 10:04:40</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANALETE SOARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986777438</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário <b>3735</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/08/2017 10:10:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/08/2017 10:15:31</b>	Nº Cons. Regional <b>10271/PB</b>

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. APRESENTA HÁLITO ETÍLICO, ESCORIAÇÕES EM OMBRO DIREITO QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO E ARCOS COSTAIS A DIREITA, REFERE TER PNEUMOPATIA PELO FUMO, NÃO SABE REFERIR O QUE REFERE USO DE HALDOL E AMITRIPTILINA. AO EXAME CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. TORAX SIMETRICO, COM DOR A PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS À DIREITA E DEFORMIDADE EM CAIXA TORACICA ANTERIOR, SEM CREPTAÇÃO, SEM ENFISEMA SUBCUTANEO. ABOME FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. DOR A PALPAÇÃO EM COLUNA CERVICAL E LOMBAR. MEMBROS COM MOVIMENTO ATIVO, SEM DOR E SEM LIMITAÇÃO. CD: SOLICITO RX COLUNA CERVICAL E LOMBAR + RX OMBRO DIREITO + RX TORAX + AVALIAÇÃO NCR E ORTOPEDIA

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 0.9%)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

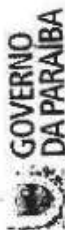
Em observação

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
(10271/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	23/08/1981	35	MASCULINO	1020947	3735	16/08/2017 10:15:31
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				16/08/2017 10:15:31		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML	1000.0	ML		E.V.		AGORA		
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	Observação + 100 ML SF 0.9%	
3 PARECER ORTO	0.0							
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0							
NEUROCIRURGIA								

16 de Agosto de 2017

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ

CRM: 10271

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 2458276

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1020947</b>	Data/Hora Entrada <b>16/08/2017 10:04:40</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986777438 / (83) 986242635</b>		Prontuário <b>3735</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Barro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA</b>	Nº Cons. Regional <b>4288/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/08/2017 10:10:52</b>	Data/Hora Prescrição <b>16/08/2017 22:06:43</b>		

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. AO EXAME GLASGOW 14/15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA A PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA, RX DE COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR: ALINHAMENTO PRESERVADO. SEM SINAIS DE FRATURA. CONCLUSÃO: TCE GLASGOW 15P CONDUTA: TC DE CRÂNIO SEM EVIDÊNCIA DE PATOLOGIAS NEUROCIRÚRGICA EM OBSERVAÇÃO

**CID10**

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

**Conduta**

Em observação

MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA  
(4288/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Cidade: Santa Helena

Atendimento: 000000715411

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 16/08/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Fratura complexa do corpo da escápula, sem comunicação com a articulação.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 16/08/2017 14:06.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho  
CRM 6933 - PB





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000716258

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 16/08/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do osso nasal.

Hemossinus.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 16/08/2017 17:02.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho  
CRM 6933 - PB





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Gerado: Humberto Lucena

Atendimento: 000000717903

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 17/08/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar complementado com técnica de alta resolução.

### **Análise:**

Redução volumétrica do pulmão esquerdo associada a retração das estruturas mediastinais e hiperinsuflação compensatória do pulmão direito.

Áreas de espessamento intersticial de aspecto fibrótico no pulmão esquerdo.

Espaços pleurais virtuais.

Traquéia, carina e brônquios principais com situação, calibre e contornos normais.

Relação artéria-brônquio preservada (aproximadamente 1).

Veia cava superior, veia cava inferior, aorta e tronco da pulmonar com situação, dimensões e contornos normais.

Coração com situação, morfologia e contornos normais.

Ausência de sinais de linfonodomegalia mediastinal ou peri-hilar.

Glândulas adrenais de morfologia e dimensões normais.

Deformidade do sexto ao oitavo arcos costais esquerdos, podendo estar relacionada a manipulação cirúrgica.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 21/08/2017 13:55.

**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
**CRM: 6293 - PB**





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GEOVANDRO SOARES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	23/08/81
NOME DA MÃE	ANADETE SOARES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.124.730
DATA DO ATENDIMENTO	24/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO	QUEDA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de queda, de altura aproximada a dois metros, referindo trauma na cabeça, dor na coluna cervical, dor e limitação funcional no punho esquerdo. Presença de fratura de extremidade distal do rádio esquerdo, Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
RX de coluna cervical  
RX de punho esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade distal do rádio esquerdo.

### TRATAMENTO:

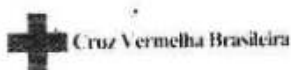
Medicado. Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR: 25/11/18  
DATA DA EMISSÃO: 11/03/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

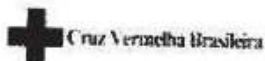
Boletim de Atendimento: 1124730



Identificação do paciente				
ID <b>203639</b>	Nome <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>			Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>37 anos 6 meses 26 dias</b>	Estado civil	Religião	Prontuário <b>3735</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Pai <b>IVANILDO MENESES DA SILVA</b>	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) <b>A MAE - MAE</b>	
DDD Móvel <b>83</b>	Fone Móvel <b>986777438</b>	DDD Fixo <b>83</b>		Fone Fixo <b>986242635</b>
Tipo documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>		Número documento <b>2812009</b>		
Local de procedência <b>CRISTO REDENTOR</b>		Tipo <b>BAIRRO</b>		UF <b>PB</b>
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>		CBO/R	
Endereço				
CEP <b>58070530</b>	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596</b>	
Número <b>SN</b>	Complemento		Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	
Admissão				
Data e Hora <b>24/11/2018 23:45:52</b>	Número da pulseira <b>1000005158774</b>		Convênio <b>SUS</b>	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>		Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>QUEDA</b>		Detalhe do acidente <b>QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO</b>	
Indicadores e Transporte				
Caso policial <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Veio de ambulância <b>Não</b>		Trauma <b>Não</b>
Meio de transporte <b>SAMU</b>		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]
ECG [ ]				
Ultrasonografia [ ]				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por <b>THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA</b>				Tempo <b>12seg</b>

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES 125312 - Torquato, RN

Boletim de Atendimento: 1:24730

Identificação do paciente	
ID 203638	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37 anos 3 meses 1 dia
Mãe ANALETE SOARES DA SILVA	
Escolaridade	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009
Local de procedência CRISTO REDENTOR	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA
Endereço	
CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA
Número SN	Complemento
Admissão	
Data e Hora 24/11/2018 23:45:52	Número da pulseira 1000005158774
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA
Indicadores e Transporte	
Caso policial Não	Plano de saúde Não
Meio de transporte SAMU	
Sinais Vitais	
PA X mmHg	Pulso
Exames complementares	
Raio X []	Sangue []
Urina []	TC []
Liquor []	ECG []
Ultrassom []	
Dados clínicos	
Diagnóstico	
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de São Paulo  
Senador Humberto de Campos

BMF + orto

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM J. JUNIOR

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE	1124730	
Data de nascimento	23/08/1981	Idade	37a 3m 2d	Sexo	Masculino
Mãe	ANADETE SOARES DA SILVA				
Endereço	DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Bairro	CRISTO REDENTOR	
Acidente	QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO		Motivo	QUEDA	
Data/Hora Classificação	24/11/2018 23:45:52				

## Anamnese

#NCR

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MURO DE CERCA DE 2 METROS DE ALTURA.  
RELATO DE ESQUIZOFRENIA PREVIA.

AO EXAME  
GLASGOW 15  
SEM DEFICITS MOTORES  
ISO/FOTO

TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES

HD. TCE LEVE

CD. LIBERO PARA ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA PELO CORREIO  
ALTA DA NCR  
AV. BMF PARA AVALIAR FRATURA NASAL

## Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgião  
CRM - PR 7423

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 24/11/2018 13:11

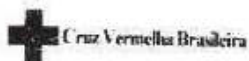
5.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimir=1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068

Número do documento: 21031610581057900000038745068



Hospital Estadual de São Paulo  
Senador Humberto de Almeida

# AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO GONÇALVES

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	1124730	24/11/2018 23:45
Data de nascimento	Idade	Sexo
23/08/1981	37a 3m 2d	Masculino
Mãe	CNS	
ANALETE SOARES DA SILVA	702005801-015-15	
Endereço	Bairro	Município
ODS MILAGRES - ATÉ 1585/1596, SN	CRISTO REDENTOR	JOÃO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissão
QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO	QUEDA	EVERTON DAVID TAVARES
Data/Hora Classificação		Data/Hora
24/11/2018 23:45:52		25/11/2018 11:03:5

## Anamnese

### ORTOPEDIA

PACIENTE COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO (2 METROS), SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO

GLASGOW: 15

HD: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CD: AGUARDO PARECER DA NEUROLOGIA

IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V.

Diluir

DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12, 14H, 16, 18H

Diluir

TENOXCAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

## PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

## CID10

Código	Descrição
S62.8	Fratura da extremidade distal do rádio

## Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

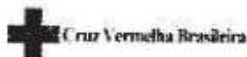
Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 24/11/2018 23:46:04



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068

Número do documento: 21031610581057900000038745068



2010

Hospital Estadual de São Paulo  
Serviço de Atendimento ao Paciente

### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONÇALVES, JDA DE F...

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE	1124730	Data/Hora	24/11/2018 23:45:52	
Data de nascimento	23/08/1981	Idade	37a 3m 2d	Sexo	Masculino	CNS	70200580711613
Mãe	ANADETE SOARES DA SILVA						
Endereço	DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Bairro	CRISTO REDENTOR	Município	JOÃO PÉREIRA	
Acidente	QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO		Motivo	QUEDA	Profissão	RODOLFO DE FREITAS	
Data/Hora Classificação	24/11/2018 23:45:52		25/11/2018 23:45:52				

### Anamnese

Paciente relata ter sido vítima de queda de 2 metros de altura. Não utiliza medicamentos e nega doenças de base. No momento consciente, porém verbalizando, deambulando, em bom estado geral.

Ao exame físico, edema em região nasal, histórico de hemorragia e movimentação ocular preservada, boa abertura bucal, oclusão adequada. Ao exame tomográfico, sinais de fratura prévia de ossos próprios do nariz.

CD.

1- Orientações

2- Alta CTBMF

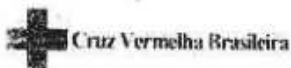
Dados coletados anteriormente utilizar na hora

### Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





# SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1124730</b>	Data/Hora Entrada <b>24/11/2018 23:45:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>37a 3m 2d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986777438 / (83) 986242635</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário <b>3735</b>
Acidente <b>QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO</b>	Motivo <b>QUEDA</b>	Profissional <b>JOSE MANGUEIRA RAMALHO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>24/11/2018 23:45:52</b>		Nº Cons. Regional <b>1399/PB</b>	
		Data/Hora Prescrição <b>24/11/2018 23:56:51</b>	

## Anamnese

paciente deu entrada neste serviço vítima de queda apresentando tce ,dor na cervical e punho esquerdo mucosas coradas estado geral regular.

solicito parecer da neuro e ortopedia

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

## CID10

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

## Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

JOSE MANGUEIRA RAMALHO  
(1399/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 24/11/2018 23:46:04

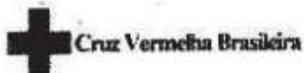
16.0.6:8080/ru/nomes/prescricao.do?control=79&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=449524&pesquisa=S&pe



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068

Número do documento: 21031610581057900000038745068



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto de Alencar Castelo Branco

## Guia de Encaminhamento

### Dados do paciente

1124730

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA			
Data de Nascimento 23/08/1981	Idade 37A 3M 2D	Sexo Masculino	Raça / Cor SEM INFORMAÇÃO
Nome da Mãe ANADETE SOARES DA SILVA		Nome do Pai 17/11/1960	
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596		Bairro CENTRO	
Município JOÃO PESSOA - PB		UF PB	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA		CNS 250302	

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	UF PB	CEP 51100-000	Endereço RUA DA LIBERDADE, 100
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR			
Resultado de exames complementares			
CID S52.5	Data de encaminhamento 25/11/2018 02:25:20		

Assinatura e carimbo do médico  
Dr. João Paulo Príncipe  
Especialista Traumatologista  
CRM 8848/TEOT 15401



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Data: 25/11/18 01:29  
 Usuário: EVERTON DAVID  
 Boleim 1124730

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Data de 23/08/1981	Idade 37 a 3m 2d	Sexo MASCULINO	Nº 1124730	Nº Prontuário 3735	Data Prescrição 25/11/2018 01:28:51
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 25/11/2018 01:28:00 - 26/11/2018 01:28:00			
Convenio SUS	Matrícula		Senha			
Data da entrada: 24/11/2018 23:45:52		Data da internação: 1h 44min		Permanência na		Permanência no
Via de		Veloc. Int.		Pos		Apazamento

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Apazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	01/33
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
2 TENOXICAM 20MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	20,0	MG		E.V.		12/12H	FC
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					

Reinscrição por: -

*[Assinatura]*

PLANTÃO DE EMERGENCIA





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831729916

Data Nasc: 23/08/1981 - 37 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data Exame: 25/11/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura dos ossos próprios do nariz e parede posterolateral do seio maxilar esquerdo, associada a hemossinus deste.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 26/11/2018 23:37.*

**Dra. Catarina A.R. do Nascimento**  
**CRM: 6278 - PB**



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

127.43253.44-6

1287985

002-0

PB



GERARDO BORGES DA SILVA



Scanned by CamScanner



NOME **GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

LOC. DE NASC. **JOAO PESSOA - PB**

FILIAÇÃO **IVANILDO MENESES DA SILVA**

**ANADETE SOARES DA SILVA**

DOC. APRESENTADO **R.G. 2812009 - 2ª VIA SSP PB**

ESTADO CIVIL **SOLTEIRO**

LEI Nº 049, DE 16 DE MAIO DE 1995.

RG **2812009 - 2ª via**

T. ELEITOR **027498111252** SEÇÃO **0124**

CPF **047.935.864-44**  
ZONA **064**

LOCAL DA EM. **DKT/PB**  
EMISSÃO **27/02/2007**

**BRASIL**

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Scanned by CamScanner

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190318045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEOVANDRO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA ESCÁPULA, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.,

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

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

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 0170101702 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040851



Carta nº 14295739



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANDRO SOARES 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14296064





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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. 00013/00014 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050007



Carta nº 14416100



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA

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

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01387/01388 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050694



Carta nº 14510422



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068



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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01947/01948 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050974



Carta nº 14579246



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01907/01908 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050954



Carta nº 14649485



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068

## 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:

00 59567/89

CPF da vítima:

047935964-44

Nome completo da vítima:

Geovandro Soares da Silva

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

Nome completo:

Geovandro Soares da Silva

CPF:

04793596444

Profissão:

vigilante

Endereço:

Rua dos Milagres

Número:

152

Complemento:

Bairro:

Brasão

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58071260

E-mail:

Tel (DDD):

786826190

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036

CONTA:

88003

3

(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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

João Pessoa 29/02/2019

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

V001/2018





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANNO SOARES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

Nome completo:

GEOVANNO SOARES DA SILVA

CPF: 047.935.964-94

Profissão:

RECLUSO

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Número:

Complemento:

Bairro:

CRISTO REDEMIDOR

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

58070530

E-mail:

Tel/(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (041)

☐ Banco do Brasil (081)

☐ Caixa Econômica Federal (106)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3334

CONTA:

11002368

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

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

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

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

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

☒ O IML que atenda a região do acidente ou de 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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 resgatado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outro pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometo-me 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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: GEOVANARO SOARES DA SILVA  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012  
Nome completo: GEOVANARO SOARES DA SILVA CPF: 047.935.964-4  
Profissão: ROUBO Endereço: RUA DOS MILAGRES Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: CRISTO REDEMTOR Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58070-530  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDEMNIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 20401 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 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 fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinale uma das opções:  
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícia, porém superior a 90 (noventa) dias do acidente.  
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, em caso de exigência de esclarecimento das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não se estende a qualquer reclamação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vítima deixou filhos vivos? ☐ 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 aos únicos 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.

Local e Data: João Pessoa/PB, 09/05/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

GEOVANARO SOARES DA SILVA  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA: COMPREV  
1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

(\*) 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



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


**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190318045  
Nome do(a) Examinado(a): Geovandro Soares da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R dos Milagres, 281  
Cristo Redentor Joao Pessoa PB CEP: 58070-530  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ MTE / PB ] 1287985  
Data local do acidente: [ 16/08/2017 ]  
Data local do exame: [ 29/07/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 22/12/2017**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |  |   |
|--|---|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                       | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
Gerência Executiva de Polícia Civil  
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

## CERTIDÃO. 579/2019



**CERTIFICO** que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 579/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos três dias do mês de maio do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Jorge Rodrigues da Costa**, compareceu o Sr. **Geovandro Soares da Silva**, brasileira, solteira, natural de João Pessoa - PB, nascido aos 23/08/1981, filho de Ivanildo Meneses da Silva e de Anadete Soares da Silva, portadora da cédula de identidade nº 281 2009 Seds. PB, e CPF nº 047.935.964 - 44, residente (na) rua dos Milagres nº 1595, bairro do Cristo Redentor, nesta capital, identificada pelo CEP 58 070 530, e notificou que, na manhã do dia 16 de agosto do ano de 2017, por volta das 09:00 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta marca Honda CG 150-TITAN ESD, ano e modelo 2011, cor preta, placa PFO 4133 - PB, identificado pelo chassi nº 9C2KC1650BR501174, cadastrada em nome de **Raiffe Alves Figueiredo**, pela rua dos Milagres, bairro do Cristo Redentor, nesta capital, quando foi surpreendido e alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta e placa e Condutor não identificado, **consequentemente**, foi socorrido para o hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado TCE leve + Fratura Complexa da Escápula Direita + Traumatismos Múltiplos não especificados, identificados pelo CID 10 S00.9 + S 42.1 + T 07, conforme Laudo Médico Apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 03 de maio de 2019.

  
**Everaldo Martins da Costa**  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

GEOVANNO SOARES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

Nome completo:

GEOVANNO SOARES DA SILVA

CPF: 047.935.969-44

Profissão:

RECLUSO

Endereço:

RUA DOS MILAGRES

Número:

Complemento:

Bairro:

CRISTO REDEMIDOR

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

58070530

E-mail:

Tel/(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (141)

☐ Banco do Brasil (081)

☐ Caixa Econômica Federal (106)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3334

CONTA:

11002368

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

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

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

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

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

☒ O IML que atenda a região do acidente ou de 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 tenha 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 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 resgatado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

JOÃO PESSOA/PB, 09/05/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outro pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometo-me 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





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332125700

Boletim de Atendimento: 1020947



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
203638	GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
23/08/1961	35 anos 11 meses 24 dias	Religião
Mãe	Pai	Prontuário
ANADETE SOARES DA SILVA	IVANILDO MENEZES DA SILVA	3738
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel	Telefone Móvel	DDD Fixo
43	983777438	Telefone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	2812009	702005807192863
Local de procedência	Tipo	UF
CRISTO REDENTOR	BAIRRO	PB
E-mail	Naturalidade	CBO/R
	JOAO PESSOA	

### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58070530	JOAO PESSOA	PB	DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596
Número	Complemento	Bairro	
3N		CRISTO REDENTOR	

### Admissão

Data e hora	Número da pulseira	Convênio
16/05/2017 10:04:40	1000006183640	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

### Indicadores e Transporte

Tempo de espera	Ponto de saúde	Veio de ambulância
Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou	
SAMU		

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

### Exames complementares

Rolo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos: Paciente consciente, orientado, sem sinais de comprometimento neurológico, apresentando ferimentos na região da cabeça e membros superiores e inferiores.

### Diagnóstico

Atendido por	Tempo
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO	01min 13seg

Imprimir

USAT + IALDOL + RIVOTIL





### DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguredosidat.com.br](http://www.seguredosidat.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Acordamentos (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h)

Capitais e regiões metropolitanas: 011-251596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 012 12 00 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 012 12 06 | Central Qualidade: 0800 012 91 23

Eu, Raizze Alves Figueiredo  
RG nº 4.278.681, data de expedição 02/09/2014  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 126.488.034-08  
com domicílio na cidade de Pão de Açúcar, no Estado de  
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Leonel de Moura Britzke, nº 200,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
, cujo o condutor era  
.  
Veículo: MOTO Modelo: Honda / CG 350 Ano: 2011  
Placa: PFO 4333 Chassi: QC2KCJ650BR50J374  
Data do Acidente: 28/03/2019

**Local e Data:** \_\_\_\_\_

Gaiffe Ables Figueroa

**Assinatura do Declarante**

**CARTÓRIO**  
  
**WEIRA BATISTA**

**Assinatura do Condutor**  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO NOTARIAL  
 Dr. Marcelo Vieira Batista - Titular / Dr.ª Rosângela Vieira Batista - Substituto  
 Rua das Flores 1340 - Jd. Montebelo - CEP 08010-100 - São Paulo - SP  
 Fone: (11) 3061-1111 - Fax: (11) 3061-1112 - E-mail: vbatista@net.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
**RAIFFE ALVES FIGUEIREDO**.....  
 Em test.de verdade, João Pessoa-PB 10/04/2019 14:01:09  
**INONEIDE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA**  
 [2019-016691]ENL:R\$ 89,91 FAPEN/R\$ 0,29 FEPU/R\$ 1,95 ASS:  
**SELO DIGITAL: ALJ8050-0DC**  
 Confiro a autenticidade das firmas/electrônicas

confirma a autenticidade no

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
09 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AS. JOAO PESSOA





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GEOVANDRO SOARES DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 23/08/81  
NOME DA MÃE ANADETE SOARES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.020.947  
Nº PRONTUARIO  
DATA DO ATENDIMENTO 16/08/17  
HORA DO ATENDIMENTO 10:40  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA COMPLEXA DA ESCÁPULA D + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS  
CID 10 S 00.9 + S 42.1 + T 07

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor e escoriações em ombro D + dor torácica D com deformidade anterior e ventilatório dependente. Relato de hábito etílico. Glasgow 14/15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC do ombro D  
RX da coluna cervical - AP e P  
RX do ombro D - AP  
RX do tórax - AP  
RX da coluna lombar - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura complexa da escápula à TC e RX do ombro. Sem alteração à TC do crânio e aos outros RX. Realizado atendimento, medicação e imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Torácica e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 17/08/17  
DATA DA EMISSÃO: 12/03/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO CUB/SEETSHL  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1020947



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
203638	GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
23/08/1961	35 anos 11 meses 24 dias	Religião
Mãe	Pai	Prontuário
ANADETE SOARES DA SILVA	IVANILDO MENEZES DA SILVA	3738
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
43	983777438	Fone Fixo
Tipo documento	Numero documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	2812009	702005807192863
Local de procedência		Tipo
CRISTO REDENTOR		BAIRRO
Email	Naturalidade	UF
	JOAO PESSOA	PB
		CBO/R

### Endereço

CEP	Município de residência	UF
58070530	JOAO PESSOA	PB
Logradouro		
DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596		
Bairro		
CRISTO REDENTOR		

### Admissão

Data e hora	Numero da pulseira	Convênio
16/05/2017 10:04:40	1000006183640	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

### Indicadores e Transporte

Tempo de espera	Pista de saúde	Veio de ambulância
Não	Não	Não
Veio de transporte	Quem transportou	
SAMU		

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

### Exames complementares

Rolo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos: Paciente consciente, orientado, sem sinais de comprometimento neurológico, apresentando ferimentos de trauma a M.O. - ferimento 81 - ferimento

Diagnóstico: CID

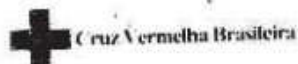
Atendido por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Tempo: 01min 13seg

Imprimir

USA + IALDOL + RIVOTIL





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1020947</b>	Data/Hora Entrada <b>16/08/2017 10:04:40</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986777438 / (83) 986242635</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário <b>3735</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/08/2017 10:10:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/08/2017 14:32:43</b>	Nº Cons. Regional <b>6028/PB</b>

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. AO EXAME: GLASGOW 14/15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. RX DE COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD: SOL. TC DE CRÂNIO.

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

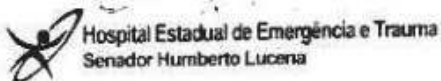
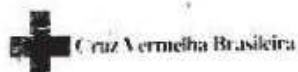
**Conduta**

Em observação

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
(6028/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1020947</b>	Data/Hora Entrada <b>16/08/2017 10:04:40</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANAETE SOARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986777438</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário <b>3735</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/08/2017 10:10:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>16/08/2017 10:15:31</b>	Nº Cons. Regional <b>10271/PB</b>

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. APRESENTA HÁLITO ETÍLICO, ESCORIAÇÕES EM OMBRO DIREITO QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO E ARCOS COSTAIS A DIREITA, REFERE TER PNEUMOPATIA PELO FUMO, NÃO SABE REFERIR O QUE REFERE USO DE HALDOL E AMITRIPTILINA. AO EXAME CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, TORAX SIMETRICO, COM DOR A PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS A DIREITA E DEFORMIDADE EM CAIXA TORACICA ANTERIOR, SEM CREPTAÇÃO, SEM ENFISEMA SUBCUTANEO, ABOME FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. DOR A PALPAÇÃO EM COLUNA CERVICAL E LOMBAR, MEMBROS COM MOVIMENTO ATIVO, SEM DOR E SEM LIMITAÇÃO. CD: SOLICITO RX COLUNA CERVICAL E LOMBAR + RX OMBRO DIREITO + RX TORAX + AVALIAÇÃO NCR E ORTOPEDIA

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 0.9%)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

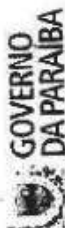
Em observação

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
(10271/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Data de	23/08/1981	Idade	35	Sexo	MASCULINO	Nº	1020947	Nº	3735	Data Prescrição	16/08/2017 10:15:31
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor		Posto de Trabalho								Prescrição válida a	16/08/2017 10:15:31

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML	1000.0	ML		E.V.		AGORA		
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	Observação + 100 ML SF 0.9%	
3 PARECER ORTO	0.0							
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							

16 de Agosto de 2017

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ

CRM: 10271

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 2458276

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>	BAE <b>1020947</b>	Data/Hora Entrada <b>16/08/2017 10:04:40</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986777438 / (83) 986242635</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>	Barro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário <b>3735</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/08/2017 10:10:52</b>		Nº Cons. Regional <b>4288/PB</b>	
		Data/Hora Prescrição <b>16/08/2017 22:06:43</b>	

### Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. AO EXAME GLASGOW 14/15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA A PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. RX DE COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR: ALINHAMENTO PRESERVADO. SEM SINAIS DE FRATURA. CONCLUSÃO: TCE GLASGOW 15P. CONDUTA: TC DE CRÂNIO SEM EVIDÊNCIA DE PATOLOGIAS NEUROCIRÚRGICA EM OBSERVAÇÃO.

### CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

### Conduta

Em observação

MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA  
(4288/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Cidade: Curitiba, PR

Atendimento: 000000715411

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 16/08/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Fratura complexa do corpo da escápula, sem comunicação com a articulação.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 16/08/2017 14:06.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho  
CRM 6933 - PB





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000716258

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 16/08/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do osso nasal.

Hemossinus.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 16/08/2017 17:02.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho  
CRM 6933 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Gerado: Humberto Lucena

Atendimento: 000000717903

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 17/08/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar complementado com técnica de alta resolução.

### **Análise:**

Redução volumétrica do pulmão esquerdo associada a retração das estruturas mediastinais e hiperinsuflação compensatória do pulmão direito.

Áreas de espessamento intersticial de aspecto fibrótico no pulmão esquerdo.

Espaços pleurais virtuais.

Traquéia, carina e brônquios principais com situação, calibre e contornos normais.

Relação artéria-brônquio preservada (aproximadamente 1).

Veia cava superior, veia cava inferior, aorta e tronco da pulmonar com situação, dimensões e contornos normais.

Coração com situação, morfologia e contornos normais.

Ausência de sinais de linfonodomegalia mediastinal ou peri-hilar.

Glândulas adrenais de morfologia e dimensões normais.

Deformidade do sexto ao oitavo arcos costais esquerdos, podendo estar relacionada a manipulação cirúrgica.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em: 21/08/2017 13:55.

**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
**CRM: 6293 - PB**





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GEOVANDRO SOARES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	23/08/81
NOME DA MÃE	ANADETE SOARES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.124.730
DATA DO ATENDIMENTO	24/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO	QUEDA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de queda, de altura aproximada a dois metros, referindo trauma na cabeça, dor na coluna cervical, dor e limitação funcional no punho esquerdo. Presença de fratura de extremidade distal do rádio esquerdo, Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
RX de coluna cervical  
RX de punho esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade distal do rádio esquerdo.

### TRATAMENTO:

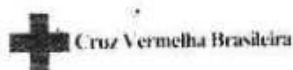
Medicado. Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR: 25/11/18  
DATA DA EMISSÃO: 11/03/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

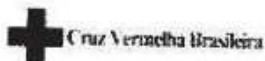
Boletim de Atendimento: 1124730



Identificação do paciente				
ID <b>203639</b>	Nome <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>			Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>37 anos 6 meses 26 dias</b>	Estado civil	Religião	Prontuário <b>3735</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>			Pai <b>IVANILDO MENESES DA SILVA</b>	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) <b>A MAE - MAE</b>	
DDD Móvel <b>83</b>	Fone Móvel <b>986777438</b>	DDD Fixo <b>83</b>		Fone Fixo <b>986242635</b>
Tipo documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>		Número documento <b>2812009</b>		
Local de procedência <b>CRISTO REDENTOR</b>		Tipo <b>BAIRRO</b>		UF <b>PB</b>
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>		CBO/R	
Endereço				
CEP <b>58070530</b>	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596</b>	
Número <b>SN</b>	Complemento		Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	
Admissão				
Data e Hora <b>24/11/2018 23:45:52</b>	Número da pulseira <b>1000005158774</b>		Convênio <b>SUS</b>	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>		Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>QUEDA</b>		Detalhe do acidente <b>QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO</b>	
Indicadores e Transporte				
Caso policial <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Veio de ambulância <b>Não</b>		Trauma <b>Não</b>
Meio de transporte <b>SAMU</b>		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]
ECG [ ]				
Ultrasonografia [ ]				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por <b>THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA</b>				Tempo <b>12seg</b>

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES 125312 - Torquato, RN

Boletim de Atendimento: 1:24730

Identificação do paciente	
ID 203638	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 37 anos 3 meses 1 dia
Mãe ANAETE SOARES DA SILVA	
Escolaridade	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009
Local de procedência CRISTO REDENTOR	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA
Endereço	
CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA
Número SN	Complemento
Admissão	
Data e Hora 24/11/2018 23:45:52	Número da pulseira 1000005158774
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento QUEDA
Indicadores e Transporte	
Caso policial Não	Plano de saúde Não
Meio de transporte SAMU	
Sinais Vitais	
PA X mmHg	Pulso
Exames complementares	
Raio X []	Sangue []
Urina []	TC []
Liquor []	ECG []
Ultrassom []	
Dados clínicos	
Diagnóstico	
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de São Paulo  
Senador Humberto de Almeida

BMF + orto

# AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM J. JUNIOR

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE	1124730	
Data de nascimento	23/08/1981	Idade	37a 3m 2d	Sexo	Masculino
Mãe	ANADETE SOARES DA SILVA				
Endereço	DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Bairro	CRISTO REDENTOR	
Acidente	QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO		Motivo	QUEDA	
Data/Hora Classificação	24/11/2018 23:45:52				

## Anamnese

#NCR

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MURO DE CERCA DE 2 METROS. RELATO DE ESQUIZOFRENIA PREVIA.

AO EXAME  
GLASGOW 15  
SEM DEFICITS MOTORES  
ISO/FOTO

TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES

HD. TCE LEVE

CD. LIBERO PARA ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA PELO CORREIO. ALTA DA NCR  
AV. BMF PARA AVALIAR FRATURA NASAL

## Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgião  
CRM - PR 7423

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 24/11/2018 13:11

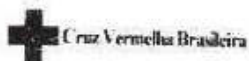
5.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimir=1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068

Número do documento: 21031610581057900000038745068



Hospital Estadual de São Paulo  
Senador Humberto de Almeida

**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO GONÇALVES

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	1124738	24/11/2018 23:45
Data de nascimento	Idade	Sexo
23/08/1981	37a 3m 2d	Masculino
Mãe	CNS	
ANALETE SOARES DA SILVA	702005801-015-15	
Endereço	Bairro	Município
ODS MILAGRES - ATÉ 1585/1596, SN	CRISTO REDENTOR	JOÃO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissão
QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO	QUEDA	EVERTON DAVID TAVARES
Data/Hora Classificação	Data/Hora	
24/11/2018 23:45:52	25/11/2018 11:03:5	

**Anamnese**

**ORTOPEDIA**

PACIENTE COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO (2 METROS), SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO

GLASGOW: 15

HD: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CD: AGUARDANDO PARECER DA NEUROLOGIA

IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V.

Diluir

DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V.

Diluir

TENOXCAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 ML

**PROCEDIMENTO**

TALA AXILO PALMAR

**CID10**

Código	Descrição
S62.8	Fratura da extremidade distal do rádio

**Conduta**

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

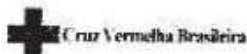
Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 24/11/2018 23:46:04



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068

Número do documento: 21031610581057900000038745068



2010

Hospital Estadual de São Paulo  
Serviço de Emergência

### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONÇALVES, JDA DE F...

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE	1124730	Data/Hora	24/11/2018 23:45:52	
Data de nascimento	23/08/1981	Idade	37a 3m 2d	Sexo	Masculino	CNS	70200580711613
Mãe	ANADETE SOARES DA SILVA						
Endereço	DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Bairro	CRISTO REDENTOR	Município	JOÃO PÉREIRA	
Acidente	QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO		Motivo	QUEDA	Profissão	ROBOTEIRO	
Data/Hora Classificação	24/11/2018 23:45:52		24/11/2018 23:45:52				

### Anamnese

Paciente relata ter sido vítima de queda de 2 metros de altura. Não utiliza medicamentos e nega doenças de base. No momento consciente, verbalizando, deambulando, em bom estado geral.

Ao exame físico, edema em região nasal, histórico de hemorragia e movimentação ocular preservada, boa abertura bucal, oclusão adequada. Ao exame tomográfico, sinais de fratura prévia de ossos próprios de...

CD.

1- Orientações

2- Alta CTBMF

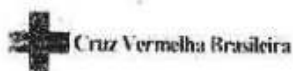
Dados coletados anteriormente utilizar na hora

### Conduta

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

**SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>GEOVANDRO SOARES DA SILVA</b>		BAE <b>1124730</b>	Data/Hora Entrada <b>24/11/2018 23:45:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/08/1981</b>	Idade <b>37a 3m 2d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702005807192983</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986777438 / (83) 986242635</b>
Mãe <b>ANADETE SOARES DA SILVA</b>				Prontuário <b>3735</b>
Endereço <b>DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN</b>		Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA DE UM NÍVEL A OUTRO</b>	Motivo <b>QUEDA</b>	Profissional <b>JOSE MANGUEIRA RAMALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>1399/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>24/11/2018 23:45:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>24/11/2018 23:56:51</b>		

**Anamnese**

paciente deu entrada neste serviço vítima de queda apresentando tce ,dor na cervical e punho esquerdo mucosas coradas estado geral regular.

solicito parecer da neuro e ortopedia

**EXAME DE IMAGEM**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO**

**RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL**

**RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)**

**CID10**

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

**Conduta**

Em observação

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Assinado eletronicamente por:  
Hospital Lucena  
033-8016  
JOSE MANGUEIRA RAMALHO  
(1399/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 24/11/2018 23:46:04

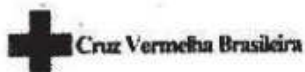
16.0.6:8080/cnh/nomes/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=449524&pesquisa=S&pe



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068

Número do documento: 21031610581057900000038745068



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto de Almeida

## Guia de Encaminhamento

### Dados do paciente

1124730

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA			
Data de Nascimento 23/08/1981	Idade 37A 3M 2D	Sexo Masculino	Raça / Cor SEM INFORMAÇÃO
Nome da Mãe ANADETE SOARES DA SILVA		Nome do Pai 17/11/2007	
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596		Bairro CENTRO	
Município JOAO PESSOA - PB		UF PB	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA		CNS 250302	

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	UF PB	CEP 51.100-000	Município JOAO PESSOA
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR			
Resultado de exames complementares			
CID S52.5	Data de encaminhamento 25/11/2018 02:25:20		

Assinatura e carimbo do Dr. João Paulo Príncipe  
Especialista em Traumatologia  
CRM 8848/TEOT 15401



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Data: 25/11/18 01:29  
 Usuário: EVERTON DAVID  
 Boleim 1124730

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Data de 23/08/1981	Idade 37 a 3m 2d	Sexo MASCULINO	Nº 1124730	Nº Prontuário 3735	Data Prescrição 25/11/2018 01:28:51
Motivo do Atendimento Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição 25/11/2018 01:28:00 - 26/11/2018 01:28:00			Senha		
Convenio SUS	Matrícula		Data da internação: 24/11/2018 23:45:52		Permanência na 1h 44min	Permanência no

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Apresentação
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	0,33
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
2 TENOXICAM 20MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	20,0	MG		E.V.		12/12H	FC
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					

Releitura por: -



PLANO DE ATENDIMENTO





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831729916

Data Nasc: 23/08/1981 - 37 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data Exame: 25/11/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura dos ossos próprios do nariz e parede posterolateral do seio maxilar esquerdo, associada a hemossinus deste.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 26/11/2018 23:37.*

**Dra. Catarina A.R. do Nascimento**  
**CRM: 6278 - PB**



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

127.43253.44-6

1287985

002-0

PB

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

GERARDO BORGES DA SILVA



Scanned by CamScanner



NOME **GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

LOC. DE NASC. **JOAO PESSOA - PB**

FILIAÇÃO **IVANILDO MENESES DA SILVA**

**ANADETE SOARES DA SILVA**

DOC. APRESENTADO **R.G. 2812009 - 2ª VIA SSP PB**

ESTADO CIVIL **SOLTEIRO**

LEI Nº 049, DE 16 DE MAIO DE 1995.

RG **2812009 - 2ª via**

T. ELEITOR **027498111252**

SEÇÃO **0124**

CPF **047.935.864-44**

ZONA **064**

LOCAL DA EM.

**DKT/PB**

EMISSÃO **27/02/2007**

**23/08/2007**  
**10:58:11**

**BRASIL**

**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Scanned by CamScanner



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190318045 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEOVANDRO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA ESCÁPULA, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.,

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

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

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01701/01702 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040851



Carta nº 14295739



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANDRO SOARES 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14296064

Pag. 00169/00170 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020065





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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. 00013/00014 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050007



Carta nº 14416100



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

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

Autorização de pagamento ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01387/01388 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050694



Carta nº 14510422



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068



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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01947/01948 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050974



Carta nº 14579246





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318045

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01907/01908 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050954



Carta nº 14649485



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068>

Número do documento: 21031610581057900000038745068

## 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:

00 59567/89

CPF da vítima:

047935964-44

Nome completo da vítima:

Geovandro Soares da Silva

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

Nome completo:

Geovandro Soares da Silva

CPF:

04793596444

Profissão:

vigilante

Endereço:

Rua dos Milagres

Número:

152

Complemento:

Bairro:

Brasão

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58071260

E-mail:

Tel (DDD):

986826190

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036

CONTA:

88003

3

(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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

João Pessoa 19/02/2019

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

V001/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/03/2021 10:58:11


http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031610581057900000038745068

Número do documento: 21031610581057900000038745068

Num. 40682471 - Pág. 79



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 200.1.21.10369/01
			<b>Data de emissão:</b> 08/03/2021
<b>Nº do Processo:</b> 0814313-52.2020.815.2001	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/03/2021
<b>Número da</b> 200.2021.610369 <b>Tipo da</b> Custas de Recursos			<b>UFR vigente:</b> R\$ 53,97
<b>Detalhamento</b> - Custas Processuais: R\$ 323,82 - Taxa bancária: R\$ 1,38			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Promovente</b> GEOVANDRO SOARES DA SILVA <b>Promovido:</b> BRADESCO SEGUROS S/A			<b>Parcela:</b> 1/1
<b>Valor da causa:</b> R\$ 13.500,00			<b>Valor total:</b> R\$ 325,20
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866400000034 252009283182 520210331200 012110369019 			<b>Valor final:</b> R\$ 325,20

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 200.1.21.10369/01
			<b>Data de emissão:</b> 08/03/2021
<b>Nº do Processo:</b> 0814313-52.2020.815.2001	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/03/2021
<b>Número da</b> 200.2021.610369 <b>Tipo de</b> Custas de Recursos			<b>UFR vigente:</b> R\$ 53,97
<b>Promovente</b> GEOVANDRO SOARES DA SILVA <b>Promovido:</b> BRADESCO SEGUROS S/A			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Valor da causa:</b> R\$ 13.500,00			<b>Parcela:</b> 1/1
<b>Detalhamento</b> - Custas Processuais: R\$ 323,82 - Taxa bancária: R\$ 1,38			<b>Valor total:</b> R\$ 325,20
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 325,20

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 200.1.21.10369/01
			<b>Data de emissão:</b> 08/03/2021
<b>Nº do Processo:</b> 0814313-52.2020.815.2001	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/03/2021
<b>Número da</b> 200.2021.610369 <b>Tipo de</b> Custas de Recursos			<b>UFR vigente:</b> R\$ 53,97
<b>Detalhamento</b> - Custas Processuais: R\$ 323,82 - Taxa bancária: R\$ 1,38			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Promovente</b> GEOVANDRO SOARES DA SILVA <b>Promovido:</b> BRADESCO SEGUROS S/A			<b>Parcela:</b> 1/1
<b>Valor da causa:</b> R\$ 13.500,00			<b>Valor total:</b> R\$ 325,20
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866400000034 252009283182 520210331200 012110369019 			<b>Valor final:</b>





## Guia - Ficha de Compensação

N° DA PARCELA			N° DA CONTA JUDICIAL	
			0	
DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)		TIPO DE JUSTIÇA
10/03/2021		0		ESTADUAL
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO		
10/03/2021	2002021610369	08143135220208152001		
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
PB	Vara Cível	RÉU	325,20	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
BRADESCO SEGUROS S/A		Jurídica	33055146000193	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
GEOVANDRO SOARES DA SILVA		FÍSICA	04793596444	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
84D48BA12C52CB46				
CÓDIGO DE BARRAS				
86640000003 4 25200928318 2 52021033120 0 01211036901 9				





**EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo n. 08143135220208152001**

**BRADESCO SEGUROS S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**  
**S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GEOVANDRO SOARES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



**PROCESSO ORIGINÁRIO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA / PB**

**Processo n.º 08143135220208152001**

**APELADA: GEOVANDRO SOARES DA SILVA**

**APELANTES: BRADESCO SEGUROS S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**

**DAS RAZÕES DO RECURSO**

**COLEDA CÂMARA,**

**INCLÍTOS JULGADORES,**

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

**BREVE RELATO DOS FATOS**

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 16/08/2017.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

Pelo exposto, com base no art. 487, I do CPC, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE** o pedido exposto na inicial, condenando a promovida ao pagamento de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), com correção monetária pelo INPC desde o evento danoso, e juros de mora de 1% a partir da data em que se deu por citado o promovido.

.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



*Data vênia*, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.

**- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>1</sup>.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>2</sup>.

Perceba Ilustres julgadores., que há divergências na data do acidente informada no BO e na documentação médica, vejamos:

- BO

## Dados do(s) Fatos:

Local: Av da Fraternidade, Mercadinho Bio Costa, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/08/17 09:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

<sup>1</sup>SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

<sup>2</sup>APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



- DECLARACAO MEDICA

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/033, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1792529, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GEOVANDRO SOARES DA SILVA** idade 37 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 16/08/2018 na Av. da Fraternidade, Bairro: Cristo - João Pessoa - aproximadamente às 09:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

#### DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

#### SINISTRO OCORRIDO APÓS A MEDIDA PROVISÓRIA 451/2008

Conforme se verifica dos documentos acostados pela parte apelante, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/08/2017**.

Em razão do aludido sinistro, após a devida regulação administrativa, foi pago à parte Apelada, **o valor de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos). Vejamos comprovante do pagamento:**

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:	19/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000088003-3

---

Nr. da Autenticação 7D15887310F10573

---

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Após dilação probatória, foi confeccionado laudo pericial, que consta às fls. dos autos. Por certo, o limite indenizatório estipulado na condenação, deveria ser o estipulado na referida prova, debitando-se o valor pago na via administrativa. Todavia, a condenação imposta na r. sentença sobejou o montante devido ao apelado em razão de sua permanente invalidez, pelo que merece pronta reforma.

Vejamos conclusão da perícia:

Segmento anatómico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão <u>OMBRAL DÍGITO</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão <u>                    </u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa

Frise-se que com a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, foram estabelecidos percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, estes últimos em completos e incompletos<sup>3</sup>.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>4</sup>.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas, observadas quando da elaboração da prova pericial:

- 1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
- 2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

<sup>3</sup>PROCESSUAL CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. EXISTÊNCIA DE OMISSÃO. ATRIBUIÇÃO DE EFEITO MODIFICATIVO. POSSIBILIDADE. APLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273 DE 19/12/2012. EMBARGOS ACOLHIDOS, COM EFEITO MODIFICATIVO. PRECEDENTES STJ. DECISÃO UNÂNIME. 1. Ao julgar o Recurso Especial Repetitivo nº 1.303.038-RS, que discutia a aplicação da gradação da invalidez permanente parcial incompleta aos acidentes anteriores à MP 451/08, o STJ, por meio do Acórdão transitado em julgado, em 30/04/2014, decidiu pela validade da utilização de Tabela do CNSP para estabelecer a proporcionalidade da indenização ao grau de invalidez, na hipótese de sinistro anterior a 16/12/2008, data da entrada em vigor da Medida Provisória 451/08.2. Tendo em vista que do acidente automobilístico, o qual vitimou o apelante, ora embargado, decorreu debilidade permanente, conforme Laudo Traumatológico presente nos autos, aplica-se ao caso a Resolução CNSP Nº 273 DE 19/12/2012, devendo-se quantificar a indenização DPVAT, prevista no art. 3º, II, da Lei Nº 6.194/74, ALTERADA PELA LEI Nº 11.482/2007, conforme o grau e local da invalidez permanente sofrida pela vítima, nos termos da perícia médica a ser realizada para tal fim.3. "A possibilidade de atribuição de efeitos modificativos a embargos declaratórios resulta da presença de omissão verificada no acórdão embargado" (STJ, Relator: Ministra LAURITA VAZ, Data de Julgamento: 14/09/2010, T5 - QUINTA TURMA).4. Embargos acolhidos, com efeito modificativo. Decisão unânime. Embargos de Declaração 240917-6 - 0044662-52.2010.8.17.0001 - Relator(a) Roberto da Silva Maia - 1ª Câmara Cível - Data do Julgamento - 03/02/2015

<sup>4</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."



Para uma melhor visualização, segue tabela demonstrando o valor devido ao Apelado, com base na lesão suportada:

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	das Perdas	
Perda completa da mobilidade de um <b>dos ombros</b> , cotovelos, punhos ou dedo polegar	25	R\$ 3.375,00

Repercussão	Valor da Indenização
75% (grau intenso)	R\$ 2.531,25

Sendo assim, na hipótese de manutenção da r. Sentença, o valor indenizatório deverá respeitar o cálculo apresentado acima, apurado com base no exame pericial que consta dos autos, **evidentemente descontando-se o valor pago na esfera administrativa, na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, de modo que o valor da condenação não poderá ultrapassar a monta de R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS).

#### **CONCLUSÃO**

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “a quo”, dando provimento ao presente recurso, para:

Seja respeitada a tabela de graduação inserida na Lei, nos termos das Súmulas 474 e 544 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 4246-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado SUELIO MOREIRA TORRES, inscrito na 15477 - OAB/PB, os poderes que lhes foram conferidos por **BRADESCO SEGUROS S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GEOVANDRO SOARES DA SILVA**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **JOAO PESSOA**, nos autos do Processo nº 08143135220208152001.

Rio de Janeiro, 8 de março de 2021.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

